

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1901

77

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Novembre 1901

Par M. André PERRODY

Né à Paris, le 31 octobre 1874

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE

L'AÉROPHAGIE

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES DYSPEPSIES FLATULENTES

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : { M. NETTER, Professeur agrégé.
M. LAUNOIS, Professeur agrégé.
M. RÉNON, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1902

DE L'AÉROPHAGIE

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES DYSPEPSIES FLATULENTES

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires. MM. JACCOUD, PANAS.
Professeurs

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	BERGER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	N...
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique de chirurgie infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	RIEFFEL
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS	RICHAUD.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1901

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 Novembre 1901

Par M. André PERRODY

Né à Paris, le 31 octobre 1874

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

DE

L'AÉROPHAGIE

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES DYSPEPSIES FLATULENTES

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : { M. NETTER, Professeur agrégé.
M. LAUNOIS, Professeur agrégé.
M. RÉNON, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1902

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine.

DE L'AÉROPHAGIE

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES DYSPEPSIES FLATULENTES

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses formes des anciennes dyspepsies flatulentes sur lesquelles un nombre considérable de théories plus ou moins exactes et plus ou moins démontrées ont été admises jusqu'à présent, on a dégagé depuis quelque temps une forme spéciale, qui a semblé, pendant de longues années, n'être qu'une rareté, mais qui paraît maintenant, depuis ces derniers travaux parus, devoir étendre son domaine et englober une grande partie, sinon la majorité des dyspepsies flatulentes dont elle n'était considérée que comme un symptôme assez rare : c'est l'aérophagie.

Elle doit son nom à BOUVERET qui l'a ainsi appelée il y a dix ans(1). Signalée auparavant sous le nom de déglutition d'air atmosphérique, dans de rares observations disséminées çà et là, elle n'avait jamais été l'objet d'une étude sérieuse avant cette date.

(1) BOUVERET, Spasmes cliniques du pharynx, aérophagie hystérique (*Revue de médecine*, 10 février 1891).

J'ai eu l'occasion, avec mon maître et ami le D^r SOUPAULT, de voir plusieurs cas de cette affection et, à la suite de ces observations, j'ai cru intéressant de prendre ce sujet de thèse et d'étudier quelle est actuellement la façon dont on peut envisager cette question restée obscure pendant si longtemps.

Après un rapide historique, nous ferons une étude de l'étiologie, de la pathogénie et du mécanisme de cette affection. Puis, après en avoir montré les symptômes, nous discuterons le diagnostic et enfin nous indiquerons le traitement.

Mais avant de commencer, qu'il nous soit permis, à la fin de nos études, d'adresser à tous les Maîtres dont nous avons suivi les leçons pendant nos années passées à l'hôpital l'hommage de notre profonde reconnaissance et de les assurer de toute la gratitude que nous conservons pour eux.

M. le docteur PÉRIER, chirurgien des hôpitaux de Paris,
M. le D^r PICQUÉ, chirurgien de l'hôpital Bichat,
M. le D^r ROCHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris,
M. le D^r DUGUET, médecin de l'hôpital Lariboisière,
M. le Professeur PANAS, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris,
M. le D^r BAZY, chirurgien de l'hôpital Beaujon,
M. le D^r CHEVALIER, chirurgien des hôpitaux,
M. le D^r FERNET, médecin de l'hôpital Beaujon,
M. le Professeur PINARD, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris,
voudront bien accepter tous nos remerciements pour

les leçons qu'ils nous ont données pendant ces dernières années.

Nous adressons tout particulièrement à M. le Dr SOUPAULT, notre maître et ami, nos bien sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, surtout aujourd'hui, en ayant bien voulu nous guider et nous aider dans nos recherches pour cette thèse.

Enfin nous prions M. le Professeur DEBOVE de croire à notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La présence des gaz dans l'estomac a été reconnue depuis la plus haute antiquité. De nombreux auteurs l'ont étudiée et c'est chez eux que nous trouvons les premières observations d'aérophagie bien nettes, mais citées sans nom et sans paraître y attacher d'importance.

Le premier cas est rapporté en 1814 par DÉJARDIN dans sa thèse sur les gaz intestinaux. Il raconte qu'un conscrit, pour échapper au service militaire, déglutissait une grande quantité d'air qui lui donnait du tympanisme abdominal et il ajoute qu'il avait dû s'exercer maintes fois pour arriver à ce résultat. Il semble bien qu'il s'agit là d'un cas très net d'aérophagie volontaire. En 1815, MAGENDIE affirme que la faculté de déglutir de l'air est plus facile qu'on ne pense (1). VILLIÈME (2) pense que les éructations, très nombreuses et très rapides chez certaines personnes, qu'on pourrait attribuer à une production interne, ne sont souvent que des alternatives de déglutition et d'expulsion d'air atmosphérique.

PIORRY (3), pour venir à l'appui de l'opinion qu'il

(1) Déglutition de l'air atmosphérique, 1815.

(2) VILLIÈME, Traité sur les dyspepsies essentielles, 1868.

(3) PIORRY, Gaz contenus dans les cavités abdominales et ponction du ventre, 1871.

émet que la déglutition peut devenir pathologique, cite l'observation d'un officier de gendarmerie qui avalait à chaque instant des masses d'air qui distendaient énormément son estomac, « causaient de violentes douleurs, et, un moment après, heureusement pour le malade, des éructations excessivement bruyantes avaient lieu ».

EICHORST fait une courte description du phénomène. Il déclare qu'on entend le bruit que font les déglutitions successives, qu'on voit se former sous ses yeux la tympanite et ajoute que pour lui « il s'agit presque uniquement et avant tout, et c'est là, à notre avis, la seule explication plausible, des quantités d'air avalé par les malades, qui arrivent facilement dans l'intestin par suite de certains troubles d'innervation qui opposent un obstacle provisoire à l'occlusion du pylore » (1).

Puis nous arrivons au travail de BOUVERET (2), qui est le premier à donner une vue d'ensemble sur la question, où il cite la première grande observation, et fait un syndrome spécial de la déglutition d'air qu'il nomme aérophagie.

La même année, AUBERT, dans un article (Déglutition de l'air atmosphérique), s'occupe surtout du côté physiologique de la question (3).

PITRES, en 1895, y fait une courte allusion et rapporte le moyen que DUROZIER employait pour dilater l'estomac de ses malades, en les faisant boire à petits coups (4).

(1) EICHORST, *Traité de pathologie interne*. Traduction française de 1889, tome III, p. 517.

(2) BOUVERET, *Revue de médecine*, 1891, p. 148.

(3) AUBERT, Déglutition de l'air atmosphérique, in *Lyon médical*, 1891.

(4) PITRES, Des éructations hystériques. *Progrès médical*, 12 janvier 1895.

La même année, OBICI (1) cite un cas d'aérophagie chez un dégénéré.

En 1896, nous trouvons la thèse de VAUTHEY (2), qui consacre un chapitre à l'aérophagie. En 1900, VINCENS (3) la prend comme sujet de thèse ; mais, laissant l'aérophagie volontaire au second plan, il ne s'occupe presque exclusivement que de l'aérophagie hystérique, qu'il considère comme la cause initiale de toutes les dyspepsies qui lui sont associées.

Cette année enfin plusieurs travaux ont paru encore.

D'abord un travail de LYONNET et VINCENS, sous le même titre (4).

Puis à la Société médicale des hôpitaux (1^{er} mars), MATHIEU et son interne, FOLLET, ont fait une longue communication à la suite de laquelle LINOSSIER a cherché à expliquer le mécanisme de l'aérophagie, en le rapprochant de celui du mérycisme.

Quelques jours après, SOUPAULT présentait encore une longue observation dans une communication à la même Société. Mais ce qui fait l'importance de celle-ci, c'est qu'alors que ses devanciers ne faisaient qu'une curiosité clinique de l'aérophagie, il cherche, au contraire, et MATHIEU appuie son opinion, à généraliser ce phénomène à beaucoup de dyspepsies flatulentes, sans cependant en faire la cause première comme VINCENS.

Pour lui, en effet, beaucoup de malades qu'on croit des

(1) OBICI. Associations des différentes formes dégénératives, éructations hystériques, Ferrare.

(2) VAUTHEY. Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique.

(3) VINCENS. De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent.

(4) LYONNET et VINCENS. *Lyon médical*, 10 février.

dyspeptiques flatulents ne sont que des aérophagiques.

Il différencie en même temps l'aérophagie involontaire spéciale aux hystériques, de la volontaire, mais inconsciente, spéciale aux névropathes et dont il fait une forme plus importante que l'autre.

Nous avons ensuite un article (1) où BOUVERET, revenant sur son sujet, cite des formes graves par dénutrition, à la suite du rejet de matières alimentaires en même temps que les gaz, ou par l'intensité des dyspepsies qui les accompagnent.

Enfin nous arrivons au dernier travail paru sur la question, un article de DEGUY, où il fait une étude clinique des symptômes, donne quelques origines nouvelles et cite une auto-observation de l'une de ses malades.

(1) BOUVERET, *Lyon médical*, n° 10, 1901.

CHAPITRE II

Étiologie

L'aérophagie peut exister dans nombre de cas différents soit chez des hystériques, soit chez des neurasthéniques, soit chez des dyspeptiques, soit même chez certains sujets ne présentant aucun trouble du côté de l'estomac, mais qui sont arrivés à déglutir de l'air, sans s'en rendre compte.

Chez les hystériques, on peut trouver trois catégories de malades.

Les grands hystériques, ceux qui ont des crises et qui sont reconnaissables à première vue ; chez eux, le phénomène souvent se manifeste violemment mais, malgré cela, reste un symptôme particulier et ne domine pas les autres crises.

Chez d'autres, au contraire, les signes d'hystérie sont peu apparents, ils n'ont guère que quelques stigmates qu'il faut rechercher avec soin pour les découvrir (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, anesthésie en plaques, rétrécissement du champ visuel, points hystérogènes).

Enfin nous trouvons un troisième type où existe le syndrome dyspeptique flatulent comme seule manifestation et alors il s'agit d'une hystérie mono-symptomatique comparable à d'autres manifestations de la névrose qu'on

peut aussi rencontrer isolées (hoquet hystérique, toux hystérique, mutisme hystérique).

Outre l'hystérie, on rencontre l'aérophagie très souvent dans la neurasthénie, soit chez des neurasthéniques à grands fracas qui possèdent une manie spéciale, une phobie spéciale (agoraphobie, claustrophobie), soit chez des neurasthéniques qui ont seulement les stigmates (casque sur la tête, sensation de clou à la nuque, plaque sacrée, sensation de fatigue le matin, idées noires, enfin toutes les bizarreries de la névrose), ou encore chez de simples névropathes sans étiquette bien caractérisée.

Presque toujours la dyspepsie accompagne l'aérophagie. Le type dyspeptique peut être différent : et le plus souvent on observe la dyspepsie nervoso-motrice de MATHIEU, ou la dyspepsie asthénique de SOUPAULT, ou la dyspepsie hyposténique de ROBIN, ou enfin la dyspepsie hypopeptique de HAYEM, soit d'autres formes comme l'hyperchlorhydrie, soit des formes mixtes telles que l'on en rencontre chez des nerveux qui ne répondent à aucune description déterminée.

Le chimisme stomacal est aussi variable et on peut voir tous les types.

Les phénomènes moteurs diffèrent encore : tantôt on constatera de la dilatation atonique à différents degrés, tantôt l'estomac sera normal. La sensibilité de la région épigastrique est le plus souvent exagérée. On trouve, au niveau de l'épigastre, des points douloureux ; dans la plupart des cas, nous verrons même qu'il existe des points éructogènes.

Dans d'autres cas, au contraire, il n'y aura aucune sensibilité particulière.

Mais on peut rencontrer des aérophagiques sans autres phénomènes dyspeptiques. Chez tous ces malades, on peut rencontrer deux types d'aérophagie.

L'involontaire, qui est presque spéciale aux hystériques ; la volontaire, qui peut se rencontrer exceptionnellement chez les hystériques, mais qui, le plus souvent, se voit chez des neurasthéniques ou chez des névropathes dyspeptiques.

CHAPITRE III

Pathogénie. Mécanisme.

Les origines du symptôme sont variables. On trouve différentes façons de les interpréter.

Avant que l'aérophagie ne fût remarquée et étudiée, la présence des gaz dans l'estomac était connue et il existait de nombreuses théories pour l'expliquer. Les différents auteurs l'attribuaient soit à une exhalation de la muqueuse gastrique, soit à la transformation normale des aliments dans l'estomac, ou, plus souvent, à des fermentations pathologiques, soit à l'osmose du gaz du sang au contact de la muqueuse gastrique, soit à une sorte de respiration stomacale; — mais toutes ces théories sont plus que discutables et la principale origine des gaz dans l'estomac semble bien être la présence de l'air atmosphérique dégluti.

Ce phénomène n'est pas spécial à l'homme; on l'observe aussi chez les animaux et surtout chez le cheval, comme l'ont dit LE NOIR et SOUPAULT à la Société médicale des hôpitaux.

Les maquignons désignent cette affection rédhibitoire sous le nom « *tic à l'air* ». Il se produit de préférence quand le cheval est au trot. L'air humé et avalé en grande quantité pénètre dans l'estomac, puis passe dans l'intestin,

et il est rendu par l'anus de sorte que l'animal émet constamment des vents; on voit en même temps le ventre se gonfler considérablement. Cette aérophagie est une cause de fatigue très grande pour le cheval qui s'essouffle vite, qui souvent est incapable de continuer sa course et peut même tomber dans les brancards. Les marchands de chevaux connaissent bien la pathogénie de cet accident et ils en ont déduit le traitement, qui consiste à comprimer le cou au moyen d'une sorte de carcan assez serré qui empêche les mouvements de déglutition de se produire. Ainsi le mécanisme est donc bien chez ces animaux celui de la déglutition sur lequel nous reviendrons plus loin, car c'est celui auquel nous croyons, avec SOUPAULT. Ce qui le prouve, c'est que leurs propriétaires, en immobilisant le pharynx et par conséquent en empêchant ces mouvements de déglutition de se produire, arrivent à faire cesser le phénomène.

La seule différence entre les deux syndrômes, celui de l'animal et celui de l'homme, c'est que, tandis que celui-là rend ses gaz par l'anus, celui-ci, au contraire, les rend presque toujours par la bouche, et les cas où les malades ont des gaz par l'anus sont rares.

De plus, on peut voir que le phénomène de la tympanite est parfaitement explicable par l'aérophagie puisqu'on voit, chez le cheval, l'air passer dans l'intestin et le distendre considérablement.

Nous allons maintenant étudier le mécanisme, et nous occuper des différentes théories émises pour l'expliquer.

DEGUY dit que, dans certains cas, l'aérophagie peut avoir comme origine des habitudes pour ainsi dire physiologiques qui, sans être fort fréquentes, sont néanmoins assez

curieuses. Il prétend que les fumeurs qui ont l'habitude d'avaler leur fumée font peu à peu l'éducation des fibres lisses de leur œsophage, aidés du reste par la propriété qu'a la nicotine de faire contracter ces fibres, et qu'ultérieurement ces sujets garderont l'habitude de déglutir de l'air même sans fumer.

Puis il cite encore les sujets atteints de pharyngite granuleuse chronique. « Ces individus ont, en même temps que la sensation de sécheresse, une sorte de constriction de la gorge, latéro et rétrolaryngée, légèrement angoissante, qui les incommode et qu'ils tâchent de faire disparaître par des mouvements de déglutition. Assez fréquemment ils déglutissent un bol aérique et la preuve est qu'on les voit souvent à la suite se retourner, passer la main devant la bouche et éructer, mais d'une façon latente et sourde sans bruit, quelques gaz (1). »

Il indique aussi les gens qui, mangeant trop et trop vite, ont une gêne épigastrique et qui, pour éviter le hoquet, avalent de l'air pour se soulager par des éructations successives.

AUBERT s'est spécialement occupé du côté physiologique de la question.

Pour lui, c'est affaire de volonté et d'éducation plus ou moins longue, suivant les sujets.

Le mécanisme est le même que pour le bol alimentaire, mais il y a quelques différences dues à la nature fluide du bol gazeux.

Le bol alimentaire ayant franchi les piliers antérieurs est soustrait à l'action de la volonté ; il n'en est pas de

(1) *Journal des Praticiens*, 22 juin 1901.

même du bol aérien que l'on peut rejeter facilement au dehors tant qu'il n'est que dans le pharynx, avec un peu plus de difficultés lorsqu'il est assez avant dans l'œsophage et probablement tant qu'il n'a pas franchi le cardia.

« Alors qu'une seule gorgée de liquide ou une seule bouchée d'aliments descend facilement sans qu'on y pense jusqu'à l'estomac, il est difficile de déglutir entièrement une seule gorgée d'air.

« Quand on le fait, on sent le bol aérien descendre lentement et on ne peut le pousser un peu vite et sûrement jusqu'à l'estomac que par une série de déglutitions assez rapprochées, et par la vis à tergo que les bols aériens, successivement introduits, exercent les uns sur les autres (1). »

BOUVERET, qui le premier s'est occupé de la question, en fait une névrose du pharynx, un spasme clinique.

Pour lui, le trait caractéristique de cette singulière névrose du pharynx, c'est le mouvement brusque et spasmodique de déglutition qui entraîne dans l'œsophage une certaine quantité d'air.

« Quoi qu'on pense de la déglutition de l'air à l'état physiologique, elle ne me paraît pas contestable dans ce cas pathologique.

« Elle est prouvée par les sensations même de la malade, par les bruits perçus à l'auscultation de l'œsophage ou de l'estomac, par le tympanisme de la région épigastrique. »

Il est probable que l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée joue un rôle important, peut-être le principal rôle dans cette névrose du pharynx. Une excitation, même

(1) *Lyon médical*, 1891.

très légère de cette muqueuse produit à chaque instant le mouvement de déglutition, et cette excitation est due soit à la présence de quelques mucosités, soit au simple contact de l'air atmosphérique.

« Une certaine quantité de gaz est aussi bruyamment chassée dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Il en résulte une distension progressive de cet organe. De là les sensations de tension que le malade éprouve à la région épigastrique. De violentes éructations interrompent parfois les mouvements convulsifs de déglutition et expulsent ainsi une partie de l'air accumulé dans l'estomac. »

Il se produit donc une circulation incessante de gaz du pharynx à l'estomac et de l'estomac au pharynx, et cette circulation s'accompagne de deux bruits, dont l'un correspond à l'ingestion et l'autre à l'expulsion des gaz. Ces deux bruits n'ont ni la même fréquence, ni le même caractère et il est facile d'en établir la distinction.

« Ces spasmes brefs et rapides de la déglutition, qui se répètent jusqu'à 40 et 60 fois par minute, ont une grande analogie avec d'autres phénomènes spasmodiques de l'hystérie, tels que la toux, le hoquet et le bâillement hystériques.

« En y regardant de près, ces spasmes cloniques du pharynx présentent même à un certain degré le rythme et la cadence que CHARCOT considère comme un caractère propre à bon nombre de phénomènes hystériques (1). »

PITRES invoque un autre mécanisme; il attribue l'introduction de l'air à l'aspiration thoracique.

Lorsque la poitrine se dilate, la glotte restant fermée,

(1) *Revue de médecine*, 1891.

le vide intra-thoracique est forcément exagéré, et tous les organes du médiastin se trouvent plongés dans un milieu à pression négative. « Chacun réagit à sa façon : l'œsophage, lui, tend à s'ouvrir et l'air extérieurs'engouffre dans sa cavité. L'aspiration thoracique cessant de se produire, l'air enfermé dans la cavité œsophagienne est refoulé dans l'estomac à travers l'orifice peu résistant du cardia (1). »

Les éructations sont dues, pour lui, à des spasmes musculaires systématiquement harmonisés, de façon à provoquer alternativement la déglutition et l'expulsion de quantités plus ou moins grandes d'air.

LINOSSIER admet deux mécanismes différents, suivant qu'il s'agit de la forme hystérique de BOUVERET ou de la forme des dyspeptiques. Chez ceux-ci, l'air serait simplement dégluti, tandis que chez ceux-là le syndrome serait le résultat d'un spasme clonique du pharynx, comme l'explique BOUVERET. Seulement, il rapproche cette névrose d'une autre qu'il a beaucoup étudiée, le mérycisme.

Au moment de la rumination, chez le mérycole, on constate en effet les deux phénomènes caractéristiques de l'aérophagie hystérique : aérophagie et éructations consécutives. Si ces phénomènes sont, dans une certaine mesure, masqués par la régurgitation alimentaire, ils sont cependant faciles à mettre en évidence.

Si l'on applique l'oreille sur la région épigastrique d'un mérycole, on entend très bien, immédiatement avant la régurgitation, le bruit provoqué par une bulle d'air pénétrant dans l'estomac ; l'aérophagie est donc nette ; l'éructation ne l'est pas moins. « Chez notre malade, la

(1) PITRES. Traité de l'hystérie, 1891.

rejection d'un bol alimentaire s'accompagnait toujours d'une évacuation gazeuse considérable ; à mesure que l'on s'éloignait du repas, la quantité des aliments diminuant dans l'estomac, la rumination ramenait de moins en moins des matières solides, et les dernières régurgitations étaient purement gazeuses. »

Il lui semble sans doute que les mêmes troubles mécaniques qui provoquent le mérycisme peuvent provoquer les symptômes de l'aérophagie hystérique, et ses expériences lui font les résumer ainsi.

« Dans un premier temps, le diaphragme s'abaisse et les muscles inspireurs se contractent, la glotte restant fermée. Il en résulte un vide relatif dans la cage thoracique, à la faveur duquel l'air extérieur se précipite dans l'œsophage.

« Une petite quantité peut même forcer le cardia et pénétrer dans l'estomac.

« Dans un deuxième temps, la contraction des muscles inspiratoires thoraciques s'exagère en même temps que se contractent les muscles de l'abdomen, si bien que, par la combinaison du vide œsophagien et de la constriction de l'estomac entre le diaphragme et les parois abdominales, le contenu de cet organe est projeté jusqu'à la bouche (1). »

Nous n'avons pas eu l'occasion de constater ce phénomène qui nous semble être exceptionnel et nous pensons que le mécanisme est dû, selon l'avis de MATHIEU et SOUPAULT, à cette cause beaucoup plus simple de la déglutition d'air.

(1) *Société médicale*, 1^{er} mars 1901.

Ils ont en effet constaté, et nous aussi, qu'à chaque mouvement de déglutition le malade ferme la bouche et aspire par le nez une abondante quantité d'air. Puis, la bouche étant toujours fermée, il produit un certain nombre de mouvements de déglutition pour amener l'air dans l'estomac et à chaque mouvement on voit nettement le pharynx monter et descendre.

Ce mécanisme très simple semble être le vrai, tout au moins dans la plupart des cas ; il peut être en effet confirmé par ce fait que, si l'on met entre les arcades dentaires un torchon pour empêcher la déglutition, ou si l'on bouche les narines, l'air ne pouvant plus entrer, on fera immédiatement cesser le phénomène.

Maintenant nous allons séparer nettement l'aérophagie en deux formes, l'une involontaire, qui est exclusivement l'apanage des hystériques classés dans une quelconque de ses trois formes, l'autre, au contraire, beaucoup plus fréquente, se rencontrant chez toutes sortes de sujets, et même pouvant exister chez les hystériques, que nous qualifierons de volontaire. Il arrive souvent que, même chez les sujets atteints de cette dernière forme, la déglutition se fasse inconsciemment, sans que les malades s'en doutent ; mais on explique facilement ce fait par l'habitude, comme on explique les tics nerveux qui sont d'abord un mouvement voulu et qui deviennent ensuite involontaires et inconscients. Mais ce qui différencie nettement les deux formes, c'est que l'une échappe complètement à l'influence de la volonté tandis que la seconde, tout en paraissant souvent inconsciente, est quand même soumise à la volonté, et il suffit pour cela que le malade s'observe pour qu'aussitôt il puisse soit arrêter, soit modérer, soit produire le phénomène.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Nous décrirons d'abord l'aérophagie involontaire sous ses différentes formes, puis nous passerons à l'aérophagie volontaire, la plus importante, selon nous, et, après avoir étudiées diverses manifestations, nous énumérerons les symptômes qui l'accompagnent et ceux qu'elle peut déterminer.

1. — AÉROPHAGIE INVOLONTAIRE

Le type en est l'observation de BOUVERET que nous publions à la fin. On la voit surtout chez les hystériques, quelles que soient les façons dont la névrose se manifeste et nous les avons rangés plus haut en trois classes.

Le gros symptôme est la déglutition d'air suivie d'éruclations. Quelquefois, ces mouvements de déglutition sont rares et même sans éruclation, mais le plus souvent le phénomène se produit par crises plus ou moins violentes, pouvant durer quelques secondes, quelques minutes, ou mêmes plusieurs heures. On en a vu durer une journée entière. Leur signe bien caractéristique est la forme convulsive qu'elles prennent sans que rien puisse les arrêter.

Si on examine le malade pendant cette crise, on constate que le pharynx exécute des mouvements de dégluti-

tion, brusques, rapides, involontaires, qui, après une pause, recommencent et atteignent souvent le nombre de 40 à 60 par minute. Chaque mouvement s'accompagne d'un bruit qui, souvent sonore et facile à entendre, mais quelquefois aussi difficile à percevoir, ressemble à celui que l'on fait en avalant un liquide à petites gorgées.

Ces mouvements de déglutition sont fréquemment interrompus par des éructations bruyantes accompagnées du rejet d'une assez grande quantité d'air. Celles-ci sont bien moins nombreuses que les déglutitions, 5 pour 40 environ.

Sil'on ausculte, on entend à chaque déglutition un bruit de glou-glou dans l'œsophage, et un bruit amphorique dans l'estomac ; ces bruits cessent en même temps que la déglutition. La percussion de la région épigastrique montre du tympanisme stomacal, souvent même accompagné de tympanisme abdominal. Le malade ressent une sensation de tension et de plénitude qui ne cesse qu'à la fin de la crise.

Tous ces symptômes sont absolument variables avec l'intensité de l'affection et nous voyons qu'à côté des malades ayant des crises à grands symptômes douloureux, il en est d'autres qui n'ont que quelques renvois sans aucune sensation pénible.

Le plus souvent, chez ces malades, en dehors des crises, on ne trouvera aucun signe de dyspepsie. Les phénomènes douloureux cesseront instantanément avec la crise et le reste du temps ils n'auront aucun trouble de cet organe. Aussi faudra-t-il songer, en leur présence, qu'on peut se trouver en face d'hystériques et l'examen consciencieux montrera qu'il s'agit presque toujours d'indi-

vidus pouvant être rangés dans une des trois classes que nous avons distinguées plus haut, suivant la forme que présente la névrose.

2. — AÉROPHAGIE VOLONTAIRE

Celle-ci, tout en pouvant exister chez les hystériques atteints de dyspepsie, est surtout l'apanage des neurasthéniques et des névropathes, car ces deux maladies s'accompagnent le plus souvent de dyspepsie. Le point caractéristique de celle-ci, comme nous allons le voir, est d'être volontaire. Nous ne voulons pas dire par là que nos malades avalent toujours l'air intentionnellement, mais au contraire qu'ils peuvent, en s'observant, quand on leur explique le mécanisme, ou cesser ou reproduire à volonté le phénomène : elle est donc bien soumise à l'influence de la volonté.

Elle est, dans la majorité des cas, un symptôme tardif dans la dyspepsie flatulente et par conséquent le résultat et non la cause des troubles que l'on constate chez les malades.

Si on les interroge, on apprend que la dyspepsie existait avant que les flatulences n'apparussent : depuis longtemps les malades ressentaient tous les troubles inhérents à cette maladie, en particulier une sensation désagréable de plénitude et de tension à l'épigastre. C'est ce symptôme qui, ressenti d'abord et surtout après le repas, amène peu à peu les malades à chercher à se soulager, et, comme ils croient que ce sont des gaz qui les gênent, ils cherchent à les renvoyer. Ne pouvant les émettre comme ils veulent, ils essayent de toutes façons et machinalement, consciem-

ment ou inconsciemment, déglutissent de l'air pour distendre leur estomac et faciliter les éructations qui les soulagent.

D'autres se couchent et se percutent l'estomac pour provoquer ces renvois ; ce sont ces différentes pratiques qui créent les points éructogènes.

L'intensité du phénomène est très variable. Tantôt on constate seulement quelques renvois, tantôt, au contraire, ils sont fort nombreux ; parfois les malades ont de véritables crises, des « rots en salve », comme les appelle MATHIEU, ou même des crises de longue durée comme nous l'avons vu pour l'aérophagie involontaire, comme MATHIEU en a cité un cas, celui d'une vieille femme qui était arrivée à ne plus avoir une minute de repos. Parfois aussi il existe des endroits où la pression fait immédiatement produire le phénomène, comme par un véritable déclanchement. Ces points sont variables : celui qu'on constate le plus souvent est au niveau du creux épigastrique.

Mais il en existe d'autres, variant suivant les malades et pouvant avoir pour origine les habitudes qu'ils ont prises, comme nous venons de le voir. SOUPAULT a signalé d'autres points qu'il a rencontrés chez les siens : le point phrénique au niveau du cou, et aussi à l'épigastre (bouton diaphragmatique de G. de Mussy), le sommet de la tête, les gouttières vertébrales, la région précordiale comme chez un malade où l'auscultation donnait lieu à une salve ininterrompue. Ces points sont nommés points éructogènes et seraient mieux nommés *aérophagigènes* puisque ces éructations suivent toujours la déglutition d'air.

Leur présence s'explique par la façon automatique dont l'aérophagie arrive à se faire, devenant comparable à un tic nerveux, et l'on sait aujourd'hui que tous ces tics sont des mouvements, d'abord volontaires, qui deviennent peu à peu automatiques.

Souvent même une simple impression morale suffit à produire le phénomène, comme chez ce malade qu'a soigné SOUPAULT et dont nous donnons l'observation plus loin. Il était atteint de claustrophobie, et dès qu'il se sentait soit enfermé, soit dans un endroit public, soit dans le monde, il avait infailliblement des éructations, tandis que, dès qu'il se sentait seul et libre, il était calme et n'avait jamais de renvois.

Nous ne reviendrons pas sur la description générale du syndrome que nous avons donné pour l'aérophagie involontaire et qui est la même ici, mais nous montrerons seulement quelques particularités.

Chez les petits aérophagiques, les phénomènes sont souvent difficiles à observer, car les mouvements de déglutition sont rares et rapides.

On en voit d'autres, après leurs repas, s'arrêter brusquement de causer, pour faire de rapides mouvements de déglutition suivis d'éructations.

Chez les grands aérophagiques, le phénomène est au contraire très facile à saisir, et on peut même suivre la distension de leur estomac qui se dilate comme avec la potion de Rivière. Chez certains, même, le phénomène est assez net pour qu'on puisse voir l'estomac se distendre progressivement pendant les déglutitions et se vider brusquement à chaque éructation.

Il existe aussi des formes graves, soit par l'intensité du

syndrome aérophagie, soit, au contraire, par gravité de la dyspepsie causale, car, pour nous, les phénomènes dyspeptiques ne sont pas provoqués par l'aérophagie, mais sont concomitants ou plus souvent encore antérieurs. Ce qui nous le fait croire, c'est que nous avons vu des malades guérir de leur aérophagie, mais rester dyspeptiques, tandis que nous n'avons pas vu le fait contraire.

Comme forme grave due à l'aérophagie seule, MATHIEU cite une femme de soixante ans, qui avait des crises éructantes tellement prolongées qu'elle n'avait plus une minute de repos.

Il signale aussi un cas où les éructations étaient si violentes qu'elles s'accompagnaient de vomissements, mais là, ces vomissements étaient peut-être dus aussi à l'intensité des phénomènes dyspeptiques.

BOUVERET a consacré dernièrement un article à ces formes nerveuses graves, s'accompagnant de vomissements.

On peut voir encore certains cas coïncider avec des ptoses abdominales généralisées et avec de la tympanite par invasion de l'air dans l'intestin, en forçant le pylore.

L'air qui pénètre dans les voies digestives peut aller plus ou moins loin, dans l'œsophage, l'estomac ou l'intestin.

S'il s'arrête à l'œsophage, le plus souvent il s'agit de simples éructations hystériques signalées par PITRES et rappelées par SIREDEY. S'il arrive dans l'estomac, il peut être en plus ou moins grande quantité. En petite quantité, il n'y a pour ainsi dire pas de distension ; en grande, au contraire, il y a insufflation stomacale, et, l'estomac arrivé à son maximum de distension, les éructa-

tions se produisent. Le type en est l'observation de SOUPAULT (Obs. VIII).

Si l'air atteint l'intestin, il se produit de la tympanite ; mais ce cas se présente surtout chez les hystériques.

3. — QUANTITÉ ET COMPOSITION DES GAZ

La quantité est variable suivant les sujets et dépend du nombre d'éruclations ; plus celles-ci sont nombreuses, plus le volume de l'air sera considérable.

Mais la quantité varie aussi par éruclation, suivant le nombre de déglutitions qui se produisent entre chaque éruclation. Certains, les petits aérophagiques, n'ont qu'une déglutition et l'éruclation sera de quelques centimètres cubes, tandis que les grands ont de nombreuses déglutitions et le volume peut atteindre 5 et 600 centimètres cubes.

C'est surtout chez ceux-là qu'on pourra constater le phénomène de la distension stomacale dont nous venons de parler.

On peut facilement recueillir les gaz, en recevant les éruclations dans le pavillon d'un tube de Faucher et en le faisant passer dans une éprouvette sur une cuve à eau.

Leur composition est aussi variable, mais dans des proportions bien moindres.

D'après les analyses faites, elle se rapproche beaucoup de celle de l'air atmosphérique.

On remarque surtout la proportion d'acide carbonique qui est intermédiaire entre celle de l'air normal et celle de l'air expiré ; on l'explique assez facilement par le mélange qui peut se faire dans la cavité buccale.

BARDET a fait une analyse chez un dyspeptique flatulent et voici ses résultats en centimètres cubes :

Co ²	40 à 60 cc.
O.....	20 à 15 cc.
Az.....	30 à 25 cc.

La proportion considérable d'azote fait supposer qu'il s'agit d'un aérophage méconnu, car on s'expliquerait peu une telle quantité d'azote dans l'estomac, les fermentations anormales n'en donnant qu'une proportion minime, et VAUTHEY concluant après ses analyses que l'azote qu'il y a trouvé vient de l'air ingéré.

PITRES conclut de ses analyses que les « gaz éructés ne sont autre chose que de l'air atmosphérique légèrement modifié par la respiration pulmonaire ou par un contact prolongé avec les tissus.

« Ils ont à peu près la même composition chimique que les gaz expirés et une quantité un peu moins élevée d'acide carbonique. Ils diffèrent au contraire notablement des gaz fournis par l'estomac ou y ayant longtemps séjournés ».

LINOSSIER a eu les résultats suivants :

Acide carbonique.....	1.5
Azote.....	78.7
Oxygène.....	19.8
Hydrogène sulfuré.....	Traces.
100	

La composition est presque celle de l'air avec un peu plus d'acide carbonique quoiqu'en proportion moins considérable que dans l'air expiré.

L'analyse de SOUPAULT donne :

Oxygène.....	16.1
Acide carbonique.....	2.9
Azote.....	81 »

Ici nous trouvons moins d'oxygène et plus d'azote ; mais les mesures ayant été faites ainsi : l'acide carbonique une fois absorbé par la potasse et l'oxygène par l'acide pyrogallique, on a considéré le volume restant comme celui de l'azote, il se peut qu'il soit resté une partie des deux autres gaz non absorbée, ce qui expliquerait cette proportion d'azote supérieure à celle de l'air atmosphérique.

Ces gaz sont le plus souvent inodores et on le conçoit facilement d'après leur composition. Néanmoins ils peuvent se vicier dans certains cas, en particulier pendant la digestion, surtout chez les sujets qui sont atteints de gastrites à fermentations anormales, et sa composition changera un peu, tout en laissant la presque totalité formée d'air atmosphérique. Sa présence, en effet, est la marque caractéristique de l'aérophagie et nous verrons qu'elle est un moyen de diagnostic.

Nous allons maintenant mentionner rapidement les troubles qui accompagnent le plus souvent l'aérophagie.

Les troubles dyspeptiques sont très fréquents, mais ils sont plutôt une cause qu'un effet ; malheureusement, ils sont souvent très intenses et aboutissent à un amaigrissement considérable, si bien qu'ils ont quelquefois fait croire à la présence d'un néoplasme.

On peut constater tous les troubles de sécrétion qu'on trouve dans les dyspepsies.

On voit aussi des troubles mécaniques, surtout de la distension par atonie des parois, souvent accompagnée de tympanisme.

Cette dilatation détermine, par déplacement ou compression des organes voisins, des troubles graves pouvant aller jusqu'aux palpitations, et même l'angor vaso-motrice, comme dans le cas de DEGUY (Obs. II).

Du côté de l'intestin, nous voyons encore la constipation, l'entérite et la tympanite. Tous ces signes locaux sont accompagnés de symptômes généraux que nous n'étudierons pas, car ils sont ceux qu'éprouvent tous les névropathes, les neurasthéniques et les dyspeptiques.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic, qui semble fort simple dans un syndrome aussi net, est pourtant quelquefois très délicat.

Avec un peu d'attention, on ne le confondra pas avec deux phénomènes analogues qui se produisent chez les hystériques : la toux et le hoquet. Leur bruit et leur mécanisme particuliers sont assez caractéristiques pour qu'on puisse les reconnaître. L'aérophagie s'en distinguera surtout par sa division en deux temps très nets : 1° la déglutition unique ou répétée avec son bruit spécial ; 2° l'éructation moins fréquente, plus bruyante. Les mouvements d'ascension et de descente alternatifs du pharynx à chaque déglutition sont caractéristiques.

Le hoquet présente, lui, un seul mouvement brusque d'abaissement des côtes par suite du vide produit dans le thorax, tandis que la toux, au contraire, se manifeste par une expiration brusque spasmodique déterminée le plus souvent par la présence de corps étrangers sur la muqueuse laryngienne.

Le diagnostic sera surtout difficile à faire avec les dyspepsies flatulentes odorantes qui sont presque toujours une manifestation des affections stomacales entraînant la stase gastrique.

Nous aurons donc tantôt formation de gaz odorants, soit par une mauvaise circulation des matières alimentaires dans l'estomac par atonie des parois musculaires, soit par une sténose pylorique, quelle que soit son origine (ulcère, cancer...).

Le diagnostic sera fait en sondant les malades; on pourra ainsi procéder à l'examen des gaz et des matières contenus dans l'estomac et constater les fermentations. De plus après lavage de l'estomac, les flatulences cesseront tandis que, s'il y a aérophagie, le phénomène se reproduira aussitôt.

Tantôt ces flatulences odorantes pourront aussi venir de l'intestin, comme l'a montré LEVEN, par insuffisance d'occlusion pylorique, et exister alors soit chez de simples constipés par mauvais fonctionnement de l'intestin, soit chez des constipés par lésions organiques graves, occlusions aiguës ou chroniques de toutes natures.

Les signes particuliers à ces affections seront déjà facilement reconnaissables, et l'administration d'une purgation fera disparaître les gaz odorants, tandis que, s'il s'agit d'un aérophagique, les éructations se reproduiront sans interruption.

L'analyse du gaz servira aussi, car elle permettra de trouver dans ces cas des gaz odorants dus aux fermentations, tandis que nous avons vu que, dans l'aérophagie, ils ont une composition spéciale se rapprochant de celle de l'air atmosphérique.

Enfin, nous pourrions trouver quelques malades dont l'estomac à parois atones se laisse distendre par les quelques gaz ingérés pendant les repas en même temps que les aliments. Ces sujets auront quelques éructations après

leurs repas, mais qui ne présenteront nullement le caractère de l'aérophagie et qui n'existeront jamais le reste du temps.

De plus quand il s'agira d'aérophagiques, il y a un signe qui permet de les reconnaître facilement : le phénomène est sous l'influence de la volonté et on peut parfaitement le faire cesser en leur expliquant le mécanisme qui le produit. Quand ils ne peuvent immédiatement y arriver, il reste les moyens mécaniques : nous avons vu que le phénomène primitif était la déglutition d'air ; si nous le supprimons, nous empêcherons forcément les éructations de se produire. Or, soit en mettant un bouchon entre les dents pour laisser la bouche ouverte, soit en bouchant les narines du sujet, ce qui empêchera l'arrivée de l'air, on verra le phénomène cesser immédiatement.

CHAPITRE VI

Traitement

C'est surtout à ce point de vue du traitement qu'il est utile de distinguer l'aérophagie volontaire de l'involontaire.

Celle-ci étant le fait de l'hystérie, la thérapeutique se trouve le plus souvent désarmée. On appliquera le traitement de l'hystérie ; on pourra utiliser tous les antinervins qui sont tous aussi efficaces ou inutiles, suivant qu'ils agissent ou non sur l'imagination du sujet.

VINCENS cite une jeune fille guérie au bout de 4 mois d'insuccès, en 48 heures, par des pilules de mica panis et des injections d'aqua distillata.

Le traitement sera exclusivement psychique et soumis à toutes les fantaisies qu'on voit dans cette névrose.

L'isolement et la suggestion hypnotique pourront donner des résultats ; on y adjoindra les toniques, le massage, l'hydrothérapie ; on conseillera aussi d'éviter le surmenage intellectuel et les causes d'émotions morales.

Quant à l'autre forme, c'est là que la thérapeutique reprend ses droits et obtient d'excellents résultats.

Il suffit souvent de faire comprendre aux malades l'origine de leur maladie, et surtout l'influence absolue que leur volonté peut prendre sur le phénomène de la déglu-

tition qui peu à peu est devenue chez eux inconsciente et automatique.

Chez les sujets qui avalent l'air intentionnellement et chez ceux qui sont intelligents et qui ont de la volonté, on arrive à un résultat très rapide.

MATHIEU a cité à la Société médicale des hôpitaux quatre malades qu'il avait ainsi guéris.

Chez d'autres, moins intelligents, et surtout ayant ce tic automatique, on a plus de peine à obtenir ce résultat. Il faut pour ainsi dire faire leur éducation et les dresser à ne plus faire de mouvement de déglutition. Enfin, pour certains, chez qui on n'arrive pas à modérer le phénomène, ou qui ne peuvent se maîtriser, on a recours à différents procédés.

On peut introduire un bouchon entre les arcades dentaires, la bouche restant ouverte le mouvement de déglutition est impossible, et peu à peu l'automatisme se perd et le malade arrive à se guérir.

On peut aussi introduire des bourdonnets de ouate dans les narines; l'air ne pouvant passer, le malade doit rester la bouche ouverte et, la déglutition étant impossible, la guérison vient comme plus haut.

On peut aussi imiter le moyen dont se servent les maquignons pour les chevaux qui ont le tic à l'air et faire porter une cravate assez serrée pour empêcher les mouvements du pharynx et la déglutition, sans pour cela la serrer assez pour incommoder le malade.

En dehors de ces moyens, il reste à soigner la cause première de l'aérophagie, c'est-à-dire la dyspepsie.

La grande majorité étant des dyspeptiques asthéniques,

ils seront justifiables du traitement employé en général, c'est-à-dire :

1° réveiller l'appétit, stimuler la sécrétion gastrique par les amers ;

2° combattre les douleurs par l'opium ou la belladone, la cocaïne, etc.,

3° suralimentation au besoin avec la sonde.

Les autres seront traités suivant qu'ils auront de l'hyperchlorhydrie ou toute autre maladie organique ou non de l'estomac. Chaque complication aura des indications particulières ; les sujets qui ont en même temps des vomissements seront soignés par les lavages d'estomac et le gavage, car bien souvent, dans ces maladies où les aliments sont rejetés aussitôt qu'ingérés, on voit les malades garder ceux qui ont été introduits par la sonde.

Les complications du côté de l'intestin : tympanite, entérite, seront justifiables des soins et des régimes qu'on impose toujours dans les cas semblables.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I. — Hystérie. — Aérophagie (1).

(BOUVERET, in *Revue de médecine*, février 1891.)

M^{me} R... est âgée de 39 ans et mère de trois enfants. L'affection pour laquelle elle vient me consulter date de février 1890; elle a débuté brusquement à la suite d'une crise de nerfs.

Depuis longtemps cette jeune femme est nerveuse, excitable; elle a toujours été, dit-elle, traitée pour ses nerfs malades. Sa mère est également nerveuse, mais elle ne paraît pas cependant avoir eu des crises hystériques. Son père a succombé à une affection chronique des voies respiratoires qui fut probablement la phtisie. Elle ne peut donner aucun autre renseignement sur ses ascendants; elle ne sait rien de ses collatéraux qui lui sont à peu près inconnus.

Jusqu'à l'âge de 34 ans, bien qu'elle fût très excitable, elle a joui d'une bonne santé. A 34 ans, première crise d'hystérie, causée probablement tout à la fois par la fatigue physique et l'inquiétude que lui donnait un accident survenu à son mari. Voici ce qu'elle se rappelle de cette première crise : elle est tombée et a perdu connaissance pendant quelques minutes, elle a eu les dents serrées, elle a vomi une grande quantité de liquide aqueux; puis elle a éprouvé une sensation de froid général; la crise a duré environ une demi-heure. Il y a deux ans, autre crise, celle-là avec vertige et chute dans l'escalier. Deux ou trois autres crises pendant l'année dernière, mais sur lesquelles elle ne peut donner aucun renseignement

1) Les observations sont séparées en deux groupes : les cinq premières sont des cas d'aérophagie hystérique, les autres ceux d'aérophagie volontaire.

précis. La malade fut prise de sa dernière crise en février 1890, pendant une maladie grave de sa mère; elle se rappelle avoir éprouvé un violent serrement à l'épigastre et être tombée, mais sans perdre connaissance.

Immédiatement après cette dernière crise a débuté la singulière affection pour laquelle elle vient me consulter en août 1890. Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant cinq mois et demi, cette affection a persisté à peu près avec les mêmes caractères. On a cru la malade atteinte de dyspepsie flatulente; elle a pris pendant longtemps des poudres absorbantes; elle a fait un séjour auprès d'une station thermale, sans aucun succès. Du reste elle est convaincue que la maladie siège dans le gosier et non pas dans l'estomac.

J'ai longuement examiné cette jeune femme dans mon cabinet, pendant plus d'une heure, et voici ce que j'ai constaté. Le pharynx exécute une série de trois ou quatre mouvements de déglutition, brusques, rapides, convulsifs, absolument involontaires, puis survient une courte pause après laquelle se reproduisent les mêmes mouvements de déglutition. J'en ai compté de 40 à 60 par minute. Chaque accès dure deux ou trois minutes. Entre les accès il y a une période de calme de durée à peu près égale. Ainsi constitué, cet état spasmodique du pharynx a continué pendant plus d'une heure, c'est-à-dire pendant tout le temps que la malade a passé dans mon cabinet. Chaque mouvement de déglutition est accompagné d'un bruit sonore, entendu à distance, difficile à reproduire exactement, comparable cependant à celui qu'on produit en avalant très brusquement une très petite gorgée d'eau. Ces bruits involontaires incommode beaucoup la malade; elle n'ose se montrer dans un lieu public et recherche la solitude. Il s'agit bien réellement d'un mouvement de déglutition convulsif, spasmodique : le pharynx s'élève brusquement, beaucoup plus brusquement que dans un mouvement volontaire de la déglutition, la bouche est fermée, et la malade sent très bien qu'elle avale quelque chose. Une bougie allumée est placée devant les narines; or, pendant que le pharynx exécute une série de mouvements spasmodiques, la flamme de cette bougie ne présente aucune oscillation indiquant une émission de gaz par les narines.

De temps en temps, les mouvements de déglutition sont brusquement interrompus par une éructation sonore, bien plus bruyante que le bruit qui accompagne la déglutition elle-même, et aussitôt

suivie de l'émission d'une bouffée de gaz par la bouche et les nari-
nes. Ce gaz est tout à fait inodore; c'est de l'air. Pendant une mi-
nute, j'ai compté 40 mouvements de déglutition et 5 éructations
seulement. Mais chaque éructation expulse une quantité d'air bien
supérieure à celle que chaque déglutition entraîne dans l'œsophage
et l'estomac.

Pendant que le pharynx exécute ces mouvements incessants de
déglutition, si l'on applique le stéthoscope au creux épigastrique
ou sur différents points de l'hypocondre gauche, on entend une
série de bruits métalliques à timbre amphorique dus sans aucun
doute à l'explosion soudaine de bulles gazeuses dans l'estomac di-
laté. L'auscultation de l'œsophage fait entendre une sorte de bruit
de glou-glou. Tous ces bruits cessent en même temps que les mou-
vements de déglutition.

Il existe un ballonnement manifeste de l'épigastre. La sonorité
stomacale est bien plus étendue qu'à l'état normal; elle remonte
jusqu'à la hauteur du sein. Le météorisme paraît s'étendre égale-
ment à l'intestin; cependant les émissions de gaz par l'anus sont
très rares. Je n'ai pas pu réussir à provoquer le clapotement de l'es-
tomac, bien que mon examen ait eu lieu deux heures seulement
après le repas de midi. Il est vrai que ce repas avait été très peu
copieux.

Le pharynx est le siège d'une très vive hyperesthésie. L'attouche-
ment des piliers, du voile et de la paroi postérieure n'est absolument
pas supporté et provoque une violente recrudescence des spasmes.
Une autre zone d'hyperesthésie s'étend au devant du larynx; dans
cette région, et particulièrement au niveau de la saillie médiane du
cartilage thyroïde, le pincement léger, ou même la simple pression
avec l'extrémité du doigt provoquent l'exagération ou le retour des
spasmes, s'ils avaient cessé. Si l'excitation de cette région se pro-
longe un peu, elle fait naître une sensation de malaise général avec
état nauséux, défaillance, battements dans les tempes, oppression.
Cette zone hyperesthésique est donc tout à la fois spasmodogène et
hystérogène.

La malade éprouve spontanément une sensation de picotement à
la gorge, quelquefois aussi une sensation de corps étranger dont
elle ne peut se débarrasser. Souvent elle a des douleurs dans les
deux oreilles, douleurs dues très probablement à la répétition im-
modérée des mouvements de déglutition.

L'épigastre est le siège d'une sensation de tension, de plénitude, surtout prononcée lorsque les accès de spasmes pharyngés ont été intenses et fréquents. S'il survient alors une érucation copieuse, cette sensation pénible diminue ou disparaît. Elle se reproduit à la suite d'une nouvelle série d'accès.

La déglutition volontaire des aliments est possible ; elle ne paraît même pas gênée. J'ai fait boire la malade devant moi ; elle a ingéré lentement un verre d'eau, et, pendant tout le temps qu'a duré la déglutition volontaire, les spasmes ont été suspendus. Ils ont reparu immédiatement après. Au début du repas, les premiers bols alimentaires provoquent une sensation de cuisson dans le pharynx et la première portion de l'œsophage ; puis bientôt cette sensation disparaît et la déglutition des aliments s'opère d'une façon régulière. Cependant certaines boissons, le vin par exemple, exagèrent à ce point la sensation de cuisson que la malade est obligée de s'en abstenir.

En général, il n'y a ni vomissements, ni régurgitation de liquides ou d'aliments pendant et après le repas ; seulement, s'il survient après le repas quelques érucations violentes, elles entraînent parfois un peu de liquide ou quelques parcelles d'aliments solides.

Il est bien probable que plusieurs fois le spasme clonique du pharynx s'est accompagné d'un spasme semblable du larynx. Ainsi, il y a trois semaines, la malade a été prise d'un accès d'angoisse respiratoire extrême, il est vrai de très courte durée, pendant lequel il lui semblait qu'elle allait suffoquer absolument.

La déglutition spasmodique cesse entièrement pendant le sommeil, mais elle reparaît aussitôt après le réveil, avant que la malade ait pris aucun aliment.

Les accès sont plus rares et moins intenses pendant le repos et le calme complet, lorsque la patiente est seule dans sa chambre, lorsque son attention est vivement sollicitée ou bien encore lorsqu'elle parle elle-même pendant quelques minutes et fait un certain effort pour suivre le fil de ses idées. Il en était ainsi pendant qu'elle me racontait son histoire. Certaines conditions augmentent au contraire la fréquence et l'intensité des accès ; tels sont l'émotion, la présence de personnes étrangères, les temps orageux.

Depuis quelques mois, l'émotivité est devenue excessive. Le bruit du tonnerre cause à la malade une angoisse très vive, qu'elle n'éprouvait pas autrefois. A la moindre émotion, il lui arrive d'être

prise d'un tel tremblement qu'elle ne peut plus écrire et même qu'elle laisse tomber un objet de ses mains.

Les crises nerveuses qui ont précédé les spasmes du pharynx étaient certainement de nature hystérique. Actuellement la malade présente d'ailleurs plusieurs des stigmates de l'hystérie. La sensibilité est diminuée dans tout le côté droit, et cette dysesthésie porte surtout sur la sensibilité au contact. Il existe un rétrécissement notable du champ visuel de l'œil droit, en même temps que de l'amblyopie. L'œil droit ne distingue pas les mouvements de la trotteuse d'une montre à secondes. L'ouïe est également diminuée du côté droit. La compression de l'ovaire droit détermine les mêmes sensations que la pression exercée au devant du larynx. Enfin il existe une autre zone hystérogène sur une large cicatrice de brûlure qui date de l'enfance et qui occupe la face interne du genou droit. Dans cette région, le pincement de la peau détermine un serrement à l'épigastre, de l'oppression, le retour ou l'exagération des spasmes du pharynx, des battements dans la tête, une sensation de défaillance.

La patiente est anémique et dyspeptique. Elle a notablement maigri depuis cinq mois. La constipation est habituelle. Cette déglutition incessante d'air et le tympanisme qui en est la conséquence doivent, en effet, troubler assez sérieusement les fonctions de l'estomac.

J'ai conseillé l'hydrothérapie sous forme de douches générales, courtes et tempérées, et l'usage interne de 6 à 7 grammes de bromure de sodium, de façon à obtenir un certain degré d'anesthésie de la muqueuse du pharynx.

J'ai revu la malade trois semaines après. Pendant deux semaines environ, les accès ont paru diminuer de fréquence et d'intensité. Depuis quelques jours, cette amélioration a cessé. Cette fois j'ai conseillé l'application d'un petit vésicatoire sur la zone spasmodique prélangée et le badigeonnage du pharynx avec une solution de cocaïne.

OBSERVATION II. — Hystérie. — Aérophagie grave

(DEGUY, in *Journal des Praticiens*, 22 juin 1901.)

(Une partie est une auto-observation de la malade)

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui souffre de troubles dyspeptiques depuis une quinzaine d'années et n'en a obtenu aucune amélioration. Cette malade eut, il y a cinq ans, des crises d'entérocolite

sableuse. Mariée, elle n'a jamais eu d'enfants. Je lui ai demandé, car elle est très intelligente, de me rédiger les sensations qu'elle éprouve et je crois très intéressant de transcrire, sans y rien changer, la narration qu'elle m'a remise :

Maux de tête, au front, survenant aussitôt après les repas et se prolongeant jusqu'à évacuation presque complète des gaz ; névralgies ; sensibilité au froid, générale de toute la tête, particulièrement du front et du sommet ; la nuque souffre aussi quelquefois. *Impossibilité absolue* de recevoir un peu d'air sur le front à moins de souffrir aussitôt d'une façon intolérable, d'un engourdissement, d'une pesanteur, qui permettent à peine d'ouvrir les yeux et rendent tout travail impossible. Quelquefois, sensation étrange d'un clou enfoncé au milieu du front ; alors la vue se trouble et il se produit un étourdissement qui se prolonge une ou deux heures quelquefois, toujours en voyant comme si j'avais la tête séparée en deux au milieu du front et ne percevant les objets qu'à travers un brouillard. Au retour de la vue, qui ne revient qu'après avoir rendu force gaz, succède un mal de tête absolument fou, pendant quelques heures. J'ai constaté cette dernière sensation souvent le lendemain du jour où le soir surtout, j'avais mangé de la viande blanche ou froide.

A mesure que je mange, je sens un vide au creux de l'estomac ; plus je mange, plus le vide s'accroît, mais en même temps ma tête s'alourdit et mon ventre se ballonne à mesure que j'avale. Tous les aliments me produisent cet effet-là. Néanmoins, certains, tels que : la purée, la pomme cuite, le poisson, etc., me ballonnent beaucoup plus le ventre et provoquent par la suite des crises de gaz plus grandes. Ces crises se produisent plus souvent quelques heures après le repas, mais à tous moments, je suis susceptible d'en avoir et, dans ce laps de temps où je souffre, si je veux écrire ou lire pendant quelques instants, les étourdissements augmentent et la crise devient plus forte. L'odeur d'une fleur, en général toutes les odeurs, les émanations d'un feu quelconque, surtout le charbon, le vent, un courant d'air, toutes ces choses produisent le même effet ; d'abord vertiges, qui durent bien des heures quelquefois, et qui finissent... par des gaz, toujours. Les plus fortes crises ont lieu (mais ce sont les moins fréquentes) la nuit, après un repos de 5 à 6 heures, vers 3 heures du matin : un violent *mal de tête au front, un point au cœur*, et des *sifflements continus dans l'oreille gauche*, ces sifflements ne cessent qu'avec les gaz que je rends pendant deux ou trois heu-

res, toujours en progressant jusqu'au moment aigu, où les gaz ne veulent plus partir, m'étouffent comme si on m'étranglait, et me donnent un malaise si grand au cœur qu'à un moment donné il me semble que je meurs. Alors, après ce moment terrible, il en part d'effrayants et la crise diminue petit à petit.

Comme autres effets nerveux : vertiges occasionnés par les surfaces unies et le vide. Le trottoir des boulevards excite ces vertiges, et une place me serait impossible à traverser, difficile même au bras de quelqu'un ; je pourrais le faire alors, mais en fermant les yeux ; car il faut que je puisse reposer ma vue sur quelque chose : des maisons, des arbres, n'importe, pourvu que je ne voie pas que le vide autour de moi ; c'est à cette condition seulement que j'ai pu quelquefois suivre un trottoir large sans tomber.

Le grand vent, ou un simple courant d'air, mais surtout plusieurs répétés, me donnent de véritables crises de nerfs intérieures, une irritation sourde ; des crispations me partant du bas-ventre, et, se répandant aux creux de l'estomac, et dans tous les membres provoquent une crise en même temps morale ; il me semble que dans ces moments je vais tomber folle. Depuis quelques mois, j'avais pu écrire assez assidûment, mais voilà près de 13 ans que je ne peux travailler. Dans certains moments même, j'aurais été incapable de lire ou d'écrire une lettre, sans subir la même excitation nerveuse que celle occasionnée par le courant d'air, et toujours les crispations nerveuses partant du bas-ventre. Depuis hier même, je suis un peu sous le coup de ces malaises...

Douleurs de reins sourdes, à peu près chroniques ; rhumatismes dans les jambes à tous les printemps depuis quatre ans, et faiblesse très grande dans le bas-ventre qui me rend parfois la marche impossible.

Je n'ai pas voulu écourter cette auto-observation qui nous démontre amplement l'existence de stigmates hystériques chez la malade (clou, céphalée, vertiges, sensation de boule, hyperesthésie de la muqueuse nasale), stigmates auxquels notre examen a ajouté : de l'hypoesthésie cutanée gauche et un peu de rétrécissement du champ visuel.

D'autre part, nous voyons le fait de l'aérophagie pouvant accompagner le bol alimentaire ou se produire dans l'intervalle des repas, nous voyons la tympanite consécutive avec les troubles cardiaques compressifs (tendances syncopales, tachycardie) pulmonaires (dys-

pnée) et le soulagement par l'éruption. J'ajouterai que parfois les gaz s'échappent par l'anus, mais c'est le plus souvent par des rots en salves.

J'ai assisté à quelques-unes des crises et j'ai nettement constaté la série de petits spasmes de déglutition si bien décrits par BOUVRET et je sentais sous ma main l'estomac se distendre, se ballonner au point de descendre jusqu'au pubis. Tout le flanc gauche présentait un tympanisme extraordinaire et le cœur était très refoulé en haut et à gauche, ce qui explique les tendances syncopales au moment de l'accès, et l'habitude qu'avait prise la malade de s'allonger sur une chaise longue quand elle sentait venir sa crise. Les rots la soulageaient presque immédiatement. Fait important, la malade sentait venir sa crise et la méditait pour ainsi dire.

Elle avalait l'air presque silencieusement, en détournant la tête; posant la main devant sa bouche; le regard devenait vague comme celui de la méditation, et seule, l'observation attentive montrait les mouvements de déglutition et l'ascension du larynx, mouvements inconscients et dont la malade ne se rendait pas compte. Elle se cachait, non pour déglutir l'air, mais dans la crainte de l'éruption qui seule la soulageait et qu'elle prévoyait, mais n'osait faire à la face des gens. Les rots sortaient en salve et les tendances aux syncopes, aux éblouissements, les points au cœur disparaissaient avec leur émission.

OBSERVATION III. — Hystérie. — Grandes crises. — Hématémèses périodiques. — Eructations hystériques.

(Observation de VAUTHEY, in Thèse.)

Cost... Michel, 45 ans, employé, né à Lérida (Espagne). Salle St-Bruno, n° 13 (service de M. le Dr Drivon). Entré le 18 décembre 1895.

Pas d'autres antécédents héréditaires qu'une névropathie extrême de sa mère vivante et bien portante, qui, pendant le courant de toute sa vie, a pris de grandes crises d'hystérie, relativement fréquentes.

Lui-même a toujours été bien portant, quoique très nerveux, et d'un caractère un peu emporté. Vers l'âge de 40 ans, à la suite de forts ennuis familiaux et pécuniaires, les phénomènes nerveux

s'accroissent, et le malade fut pris de grandes crises typiques d'hystérie.

Depuis ce moment, apparaît régulièrement, tous les vingt-cinq ou trente jours, une grande crise, accompagnée d'un vomissement abondant de sang rutilant. Pendant les quelques jours qui suivent, le malade est anémié, faible, abattu, il a perdu l'appétit. Puis la santé revient, et en dehors de ces moments, on ne note spécialement aucun trouble gastrique.

A son entrée, le malade vient d'avoir, quelques jours auparavant, une crise avec hématomèse. Il est pâle, éprouve une lassitude générale, mais a conservé son embonpoint. Il ne signale absolument aucun phénomène gastrique; il a bon appétit, la digestion n'est accompagnée d'aucun symptôme pénible; selles régulières. A l'examen de l'abdomen, on ne constate rien d'anormal.

Nous avons noté : diminution marquée de la sensibilité au tact et à la douleur, dans toute la moitié droite du corps; sur le tronc, cette anesthésie est très exactement et très nettement limitée à la ligne médiane; anesthésie pharyngée et conjonctivale; pseudo-ovarite : hyperesthésie testiculaire; rétrécissement du champ visuel plus marqué à gauche.

Exagération des réflexes rotuliens.

Tremblement des mains assez marqué.

Le malade raconte que, depuis quelques mois, presque tous les matins, dès la première cuillerée d'aliments qu'il prend au petit déjeuner (ordinairement café au lait), il présente quelques éructations brusques successives, ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme, après quoi il continue à manger, sans présenter le même phénomène. Nous l'avons observé plusieurs fois, et nous avons été témoin de ces éructations simples, trois ou quatre successives, qui se font sans aucune peine, ni douleur; elles sont complètement inodores; le malade dit qu'elles sont sans saveur. Nous n'avons noté chez notre malade aucun trouble gastrique, ni subjectif.

Sortie volontaire du malade, pour affaires de famille, le 9 janvier 1896, avec un état général meilleur, sans qu'il eût présenté les grandes manifestations ordinaires de son hystérie.

OBSERVATION. IV. — Esprit faible. — Manie de la persécution. —
Hallucinations multiples. — Hystérie. — Aérophagie.

(Observation prise par VAUTHEY, dans le service du Dr DRIVON.)

L... Joseph, 33 ans, sabotier, Saint-Brun, n° 40. Entré le 19 décembre 1895.

Père mort à 77 ans, était un peu nerveux, marié deux fois, n'eut pas d'enfants de son premier mariage. Sa deuxième femme est la mère de notre malade ; vivante, assez bien portante, a quelques douleurs vagues dans les membres, caractère triste ; très nerveuse ; pleure facilement ; jamais de crises.

Un oncle paternel, mort il y a une vingtaine d'années, avait perdu la raison à la suite de pertes d'argent et de mauvais traitements ; ne fut pas enrhumé, était inoffensif.

Notre malade est le septième enfant de la famille. Un de ses frères est mort en bas âge ; un autre mort subitement à l'âge de 41 ans. Trois frères et une sœur bien portants. La sœur est un peu nerveuse ; elle a eu neuf ou dix enfants, dont cinq vivants ; aucun ne présentant de manifestations nerveuses.

Pas de consanguinité.

Le malade doit avoir été toujours bien portant, quoique peu gros. A été ajourné deux fois au service militaire, à la suite d'une bronchite ; puis il a fait deux ans de service à Nancy, sans être malade. Ils voyagea ensuite dans son pays, le Puy-de-Dôme, exerçant son métier de sabotier ; eut une typhoïde légère et une fluxion de poitrine et s'établit à son compte en février 1894.

A ce moment, santé excellente ; poids 68 kilos ; ne ressentait plus sa bronchite, ne toussait pas ; vivait seul, faisait lui-même son ménage et se nourrissait assez bien, gagnant 4 à 6 francs par jour. Pas d'alcoolisme.

Vers le mois de mai 1894, commencèrent à naître les idées de persécution, qui s'accrochèrent rapidement : d'abord moqueries de ses voisins, puis complots contre lui, vols à ses dépens, tentatives d'empoisonnement, coups de feu dirigés sur lui ; ses réclamations au maire restèrent sans réponse.

Un dimanche de juin 1894, assistant à la messe, il ressentit brusquement, sans cause occasionnelle apparente, un violent mal de tête avec bourdonnement et sifflement d'oreilles, éblouissements, « il

avait un grand feu dans la tête... les cheveux lui faisaient très mal; il était poussé à chanter malgré lui; il était comme s'il allait perdre la tête ». Pas de perte de connaissance; pas de chute. Il se tint assis et attendit le départ des fidèles pour rentrer chez lui. Cet état persista jusque dans le courant de l'après-midi; profitant d'un moment d'accalmie, il alla se baigner, et revint à peu près guéri, ne conservant qu'un peu de fatigue. Les jours suivants, il put travailler, mais chaque jour des crises semblables reparurent, moins fortes, calmées par des aspersions froides sur la tête et le visage, ou par de grands bains froids. Ces crises douloureuses s'aggravèrent progressivement et retentirent sur l'état général: irritation extrême, perte de sommeil, hallucinations, cauchemars. Les idées de persécution avaient pris aussi plus d'importance.

Au mois de septembre 1894, ces symptômes se compliquèrent de bouffées d'air, de « vents » qui se précipitaient sur son visage, s'engouffraient dans son nez et dans sa bouche, et augmentaient considérablement ses souffrances; ce phénomène était ordinairement suivi d'éruptions très bruyantes; parfois les éruptions ne se produisaient pas immédiatement, le malade avait du gonflement très pénible de l'abdomen, calmé par l'expulsion des gaz.

L'état s'aggrava continuellement et, en décembre 1894, le malade ne pouvait plus travailler, perte d'appétit, amaigrissement, perte de forces, fatigue extrême, pas de grandes crises avec perte de connaissance; les crises douloureuses se répétaient fréquemment le jour et la nuit, empêchant le sommeil, avec des sensations pénibles de bouffées d'air au visage et des éruptions; aucune cause occasionnelle apparente; parfois ces crises étaient si violentes que le malade partait dans la campagne « comme un fou », en se tenant la tête entre les mains, ayant des éruptions très bruyantes, parfois poussant des cris et se roulant à terre. Vers cette époque, il fut témoin à l'église d'une crise épileptique, qu'il revoyait fréquemment, le réveillant pendant la nuit et lui déterminant parfois des crises douloureuses et des éruptions.

Au début, « les vents » qui s'engouffraient dans son nez et sa bouche et qu'il éructait n'avaient aucune odeur et ne déterminaient aucun phénomène gastrique, si ce n'est des sensations pénibles de ballonnement lorsqu'ils n'étaient pas expulsés immédiatement.

Plus tard, le malade leur trouva une odeur et un goût mauvais, « des odeurs de chiens, » dit-il, et ils provoquaient parfois des

vomissements; ils déterminaient aussi de violentes douleurs dans les membres et dans la tête, que le malade compare à une brûlure intérieure et à des coups de marteau, des coups de lance.

En janvier 1895, état général très mauvais; très fatigué, amaigri, ne mangeant pas, ayant toujours des douleurs de tête et des éructations, le malade resta au lit pendant plusieurs semaines, avec du délire. Ses parents le firent entrer, sans le prévenir, à l'asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand, où « il se fit remarquer par son urbanité et son empressement à se rendre utile », nous a écrit le docteur Hospital, médecin en chef de l'asile; étant « inoffensif, et en état de gagner sa vie », on le laissa partir un peu amélioré.

A partir de ce moment, ne pouvant être gardé par aucun de ses parents, il se lança sur la grande route, et vint, errant de tous les côtés, chercher à se faire admettre dans les hôpitaux de Clermont, de Lyon, puis de Clermont, de Montpellier, d'où on l'expédia à Lyon. Il raconte avoir beaucoup souffert pendant tout ce temps, surtout pendant les mois de juillet, août et septembre, ne pouvant travailler, vivant comme il pouvait de ce qu'on lui donnait, et couchant le plus souvent au milieu de la campagne.

A l'hôpital de Clermont-Ferrand on lui fit cinq ou six lavages d'estomac qui l'ont, dit-il, amélioré.

Actuellement (décembre 1895), le malade au premier abord paraît n'avoir pas toute sa raison : il parle avec volubilité et insistance, de « ces vents qui se précipitent dans le nez et la bouche, lui gonflent la tête, font tourner ses yeux, et le rendent comme idiot ; parfois ils provoquent des tourbillons devant sa figure, ou bien arrivent toujours du même côté, lui apportant des infections de chiens. »

Intelligence médiocre ; sait à peine écrire et lire son nom. Il semble honnête et avoir fait toujours scrupuleusement son travail. Ne s'est fait remarquer par aucun fait au service militaire, n'a eu que seize jours de salle de police. Après avoir quitté le régiment, il s'est perfectionné lui seul dans son métier de sabotier ; auparavant il ne faisait que le gros travail, l'évidement ; pour s'établir à son compte, il s'est appris à finir les sabots prêts à être livrés. Habitant seul, il savait très bien se tirer d'affaires, calculer ses intérêts, régler son argent ; s'était acheté un petit mobilier et faisait des économies, qu'il a dû dépenser au commencement de sa mala-

die. N'est pas marié ; vie génitale nulle ; nie la masturbation. Quelques pratiques religieuses.

Le malade raconte toute sa vie avec des détails assez précis, ne s'égare pas dans les dates, et cause assez raisonnablement, si l'on veut ne pas tenir compte de certaines expressions et de certains mots entendus dans les divers hôpitaux qu'il a fréquentés, et qu'il ne manque pas de dénaturer effroyablement.

Les idées de persécution persistent ; il se rappelle avec un peu d'énervement toutes les persécutions auxquelles il était en butte ; les « vents » et les éructations qu'il présente actuellement sont déterminés, dit-il, par la méchanceté de quelques habitants de son pays, qui veulent le faire souffrir.

Hallucinations multiples, visuelles, auditives, génitales, de sensibilité générale, de l'odorat (« infections de chiens »), etc., parfois religieuses.

Le malade appelle immédiatement l'attention sur l'arrivée des « vents » en plein visage, d'éructations plus ou moins sonores. Le phénomène se reproduit fréquemment, sans aucune régularité, tantôt isolément avec des intervalles variables, tantôt consécutivement par séries, par sortes d'accès. Souvent il se produit sans aucune cause apparente, d'autres fois les séries d'éructations sont provoquées par la pression en un point quelconque du tégument, par des contractions musculaires volontaires et un peu fortes, par la flexion des segments de membres, par la flexion du tronc sur les cuisses ; on note deux points dont la pression détermine des éructations plus bruyantes et plus fréquentes, ce sont la région antérieure du larynx et la région de l'occiput. La pression en ces divers points ne réveille d'ailleurs aucune douleur. Pendant la conversation, les éructations sont moins fréquentes, mais par moments le malade est obligé de s'arrêter, à deux ou trois éructations successives, et continue la phrase commencée. Pendant la nuit, le malade ordinairement dort bien, mais il est de temps en temps réveillé brusquement, présente une série d'éructations abondantes, puis reprend son sommeil. Ce phénomène s'accompagne, dit le malade, de sensation d'air au visage, dans le nez et la bouche, puis de gonflement, de distension dans la tête, le thorax et l'abdomen avec douleurs générales vagues. Parfois, l'éructation ne se produit pas, il a du ballonnement, de la gêne abdominale, soulagée par l'expulsion de l'air.

Si l'on examine le malade pendant la production de ce symptôme, on observe au début une ascension du larynx comme pour la déglutition ordinaire, et au même moment l'oreille appliquée sur la région stomacale perçoit deux ou trois grosses bulles éclatant dans la cavité gastrique avec un timbre élevé; puis immédiatement on entend le bruit de l'éruclation pendant que le larynx s'abaisse. Toutes les fois que nous avons examiné le malade, nous avons entendu les bulles d'air éclatant dans l'estomac.

Si l'on fait maintenir la bouche du malade ouverte, les éruclations sont bien moins fréquentes, mais à un certain moment on remarque des contractions du côté du cou et du pharynx et peu après le malade est obligé de fermer la bouche pour avoir deux ou trois éruclations successives.

Un bouchon placé entre les dents, un abaisse-langue, n'arrêtent pas complètement les éruclations.

Les gaz rejetés par les éruclations sont ordinairement inodores; quelquefois ils apportent l'odeur des aliments ingérés, ou bien, plus rarement, ont une odeur désagréable rappelant celle des fermentations stomacales. Le malade dit qu'au début ces « vents » étaient sans odeur; mais que parfois, depuis un certain temps, ils ont un goût et une odeur infects, « infection de chiens », d'autres fois ils sont plutôt agréables, sucrés, ou bien rappellent le lait, le vin, qu'il a absorbés peu auparavant.

A plusieurs reprises, nous avons remarqué, au moment même où se produit le phénomène de déglutition et d'expulsion d'air, des spasmes convulsifs dans les muscles de la moitié gauche du cou, qui inclinent et tournent la tête à gauche. Ainsi, le malade croit sentir l'air se précipiter sur son visage et s'engouffrer dans son nez et dans sa bouche, et au même moment sa face est tournée du côté gauche, puis l'éruclation se produit: ce fait explique pourquoi le malade prétend que « les vents viennent toujours du même côté, du côté gauche ». Il dit aussi avoir presque continuellement le cou raide et la tête attirée à gauche; il est obligé de faire effort pour la maintenir directe ou pour la tourner à droite.

Du côté du tube digestif, on ne découvre aucun trouble. Au moment de la période d'aggravation de la maladie, on avait noté de la perte d'appétit, quelques vomissements pendant les crises douloureuses, mais dans les périodes d'accalmie, il n'existait aucun trouble digestif. Actuellement le malade a bon appétit, mange très

bien le régime de l'hôpital; il n'éprouve, après les repas, ni douleurs stomacales, ni pesanteur, ni gêne épigastrique; pas de régurgitations, pas de vomissements; selles normales. Il y a quelques jours, pourtant, il dit avoir vomi abondamment, à jeun, pendant une forte crise d'éruclations.

L'abdomen est souple, non douloureux; pas de tympanisme, pas de dilatation d'estomac; en temps ordinaire l'estomac n'est pas distendu par des gaz. Le malade dit cependant que parfois, après l'arrivée des gaz, il reste ballonné, avec sensation pénible de gêne, de tension épigastrique; c'est alors que par des contractions volontaires, en serrant fortement le poing, par exemple, il rejette, dit-il, ces « vents » et se trouve rapidement soulagé. Mais nous n'avons jamais constaté ce fait.

Le malade est un peu amaigri et se sent faible. Néanmoins la force musculaire est conservée; il n'y a pas d'atrophie.

La sensibilité est normale dans la moitié gauche du corps; hyperesthésie manifeste au contact et à la piqûre dans la moitié droite. Pas de zones hystérogènes. La pression un peu brusque sur toute la surface du tégument, mais principalement au niveau du larynx et de l'occiput, provoque les éruclations.

Sensibilité plantaire normale. Aucun trouble de la marche, ni de la station debout.

Réflexes cutanés normaux.

Réflexes rotuliens, surtout à droite. Un peu de trépidation épileptoïde.

Parfois, au repos, contractions musculaires spasmodiques dans les membres; nous avons déjà noté les spasmes du cou. Une piqûre d'épingle un peu forte détermine parfois dans tout un membre quelques contractions spasmodiques, épileptoïdes, et de la contracture passagère.

Pas de tremblement des mains.

Du côté de la face, on note : à l'œil gauche, un tic qui se produit très fréquemment, consistant en un clignement spasmodique des paupières et contraction brusque des muscles voisins de la joue; beaucoup plus rarement on l'observe à droite. Sensibilité conjonctivale, nulle à gauche, à peu près normale à droite. Pas de strabisme; mouvements des globes oculaires normaux. — Acuité : à droite 1/2, à gauche 1/7. Fond d'œil normal. Pas de dyschroma-

topsie. Rétrécissement du champ visuel considérable à gauche, un peu moins à droite.

Rien du côté des lèvres et de la langue. Anesthésie du voile du palais, de la luette, du pharynx. Le malade dit sentir vers le pharynx nasal une boule qui se gonflerait au moment des éructations.

Pas de bourdonnements, ni de tintements dans les oreilles. L'oreille gauche n'entend plus le bruit d'une montre à 2 ou 3 centimètres de distance, la droite à 10 ou 15 centimètres.

Rien au foie, au cœur, ni aux poumons.

Urines normales sans albumine.

Pas de température.

25 décembre 1895. — Etat général assez bon. Le malade se lève toute la journée, accusant seulement un peu de fatigue; mange bien, digestions bonnes.

Actuellement ces crises douloureuses dans la tête n'existent plus, accompagnées de cris. Le malade accuse uniquement des sensations de gêne, de malaise général, au moment de la déglutition d'air et de l'éructation. Dans le courant de la journée, un peu de céphalée; douleurs vagues dans les membres. Pendant la nuit, surviennent quelquefois des crises d'éructations bruyantes; mais ordinairement le malade dort bien.

27 décembre 1895. — Repas d'épreuve d'Ewald.

On le retire une heure après, par expression; on n'obtient d'abord qu'une petite quantité de liquide grisâtre, sans odeur, renfermant des débris de pain; puis quelques vomissements rejettent un liquide mélangé de bile.

Les réactions de Gunzbourg et du vert brillant sont positives, celle d'Uffelmann est négative.

Acidité totale = 1,6425 $\frac{0}{100}$.

10 janvier 1896. — Contenu gastrique, après le repas d'épreuve d'Ewald, donne intenses les réactions de Gunzbourg et du vert brillant.

Acidité totale = 2,9 $\frac{0}{100}$.

Pas d'acide lactique.

26 janvier. — Après repas d'épreuve d'Ewald, réaction de Gunzbourg positive, du vert brillant très positive. — Acidité totale = 2,99 $\frac{0}{100}$. La réaction d'Uffelmann est négative.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, l'état général s'est très amélioré; le malade a repris de l'embonpoint et des forces.

Malgré les traitements variés qui ont été faits à diverses reprises (douches froides, KBr, valériane, antispasmodiques, raisonnements), le symptôme aérophagie a persisté et existe encore; il est peut-être un peu moins fréquent, moins fort et moins pénible pour le malade; parfois il se passait une demi-journée sans qu'il eût lieu; à d'autres moments il se produisait par séries plus longues et plus intenses. Les symptômes douloureux n'existent plus.

Tube digestif normal.

L'état mental ne s'est pas davantage modifié. De temps en temps il a des hallucinations variées. Les sensations de bouffées de vent qui pénètrent et gonflent sa tête et ses yeux sont toujours les mêmes. La manie de la persécution subsiste également et aucun raisonnement ne peut le faire abandonner cette idée que ces « vents » sont envoyés par une ou deux personnes qui lui ont juré du mal.

7 février 1896. — Le malade demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION V. — Hystérie. — Spasmes du pharynx. — Aérophagie. — Spasmes du larynx. — Aboiement.

(Observation prise dans le service du Dr H. MOLLIÈRE, publiée par
VAUTHEY.)

Dep..., Denis, 28 ans, journalier, salle Saint-Jean, n° 26. Entré le 19 août 1893.

Antécédents héréditaires: père mort subitement, peut-être par rupture d'un anévrysme; mère bien portante, « méchante et vive », dit le malade, mais n'a jamais présenté ni crises de nerfs, ni aucune maladie nerveuse.

Un frère en bonne santé. Quatre sœurs bien portantes; l'une d'elles serait peut-être tuberculeuse.

Antécédents personnels: à dix-huit ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu, n'ayant duré que quinze jours, sans manifestations cardiaques; depuis nombreuses attaques moins fortes.

Après dix-huit mois de service militaire, il est réformé pour bronchite spécifique; il eut alors une pleurésie. A partir de ce moment, il a continué à tousser presque continuellement, mais ses forces revinrent peu à peu et il put reprendre son travail. Jamais d'hémoptysies.

En décembre 1892, séjour à l'hôpital Saint-Pothin; traitement

créosoté ; il en sort très amélioré, pour rentrer quinze jours plus tard à l'hospice de la Croix-Rousse.

Le 24 janvier 1893, sans qu'on puisse relever aucune cause occasionnelle, il fut pris subitement de l'affection pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu.

Ce qui frappe dès l'abord du malade, c'est la production d'un bruit presque continu, qui, par sa répétition, le rend très pénible à ses voisins. Ce bruit se compose de deux sons distincts, séparés par un court intervalle de deux secondes à peine ; le premier son, brusque, très court, d'un timbre sec, ressemble assez bien au bruit produit par le hoquet, mais moins fort. Le deuxième, plus fort, plus prolongé, d'un timbre plus sonore, paraît déterminé par la vibration du voile du palais, et ressemble au bruit d'une éruption gazeuse simple.

La production de ce bruit s'accompagne de certains mouvements du larynx ; avant qu'on ne perçoive aucun son, le larynx subit d'abord un léger mouvement d'abaissement, assez brusque, très nettement perçu par le doigt appuyé sur le larynx ou la trachée ; il n'offre pas toujours la même étendue : dans une série de ces quatre ou cinq sortes d'éruptions, le mouvement d'abaissement, d'abord peu étendu, acquiert de plus en plus d'amplitude, et il semble qu'il y ait à ce moment un léger mouvement inspiratoire. Au moment où se produit le premier bruit, le larynx se soulève brusquement, pour retomber pendant la production du deuxième bruit, s'abaissant même au delà de sa position normale.

Dans le cours de ces phénomènes, les muscles sous-hyôïdiens restent parfaitement flasques. Pendant le mouvement d'élévation, les muscles sus-hyôïdiens au contraire se contractent énergiquement ; une dépression brusque, qu'on observe vers l'angle du maxillaire, témoigne également d'une contraction spasmodique des muscles du pharynx.

Nous avons dit plus haut que le premier bruit ressemble à un hoquet ; il ne s'accompagne cependant d'aucune contraction des muscles inspireurs, l'épigastre et les hypochondres restent immobiles. Mais, après le second bruit, on perçoit à cette région un léger soulèvement, dû à un simple mouvement d'inspiration qui suit immédiatement cette sorte d'éruption.

La région épigastrique est soulevée par l'estomac qui paraît légèrement distendu, mais sans dilatation. A ce niveau, l'auscultation

fait entendre, mais rarement, une bulle à timbre métallique, venant éclater dans l'estomac peu après la production du premier bruit.

Lorsque ces phénomènes cessent de se produire pendant quelque temps, on perçoit parfois, immédiatement, de petites bulles qui éclatent sous l'oreille, comme si de l'air emprisonné dans l'œsophage ne trouvait à se faire jour vers l'estomac qu'à ce moment-là.

L'auscultation de l'œsophage dans le dos ne fait percevoir aucun bruit spécial.

La palpation de la région cervicale ne permet de constater qu'une chose : les mouvements de la trachée accompagnant ceux du larynx.

Ce bruit insolite se produit aussi bien dans l'inspiration que dans l'expiration ; mais s'il se répète par série de quatre ou cinq, celle-ci est toujours immédiatement suivie d'une inspiration.

Si le malade parle pendant quelque temps, les éructations cessent ; mais lorsqu'il prolonge la conversation, elles reparaissent et l'obligent à s'arrêter.

Jamais il n'a éprouvé ce phénomène pendant la déglutition de liquides ou de solides.

Lorsqu'il maintient la bouche entr'ouverte, les éructations sont beaucoup plus rares. Elles cessent complètement si l'on place un bouchon de liège entre les arcades dentaires ; mais on détermine ainsi une forte sensation de malaise, et on voit la région sus-hyoïdienne se soulever à chaque instant par un commencement de mouvement de déglutition que la position de la mâchoire fait avorter. Mais si le malade serre le bouchon, il se produit une série précipitée et prolongée d'éructations qui semblent le soulager.

Le malade présente un certain nombre de stigmates hystériques : battement des paupières, anesthésie pharyngée, diminution de la sensibilité dans tout le côté gauche, pression douloureuse au testicule gauche le champ visuel ne paraît pas rétréci.

Pas de troubles moteurs, ni trophiques.

Pas de troubles intellectuels, si ce n'est un léger changement de caractère.

Les signes pulmonaires sont très peu accusés : dans la fosse sus-épineuse à droite, légère submatité, exagération des vibrations ; respiration un peu soufflante avec retentissement de la voix et de la toux, pas de râles.

Appétit conservé; les digestions sont devenues pénibles, en raison de ces éructations continuelles.

Rien au cœur.

Urines normales.

Le malade a fait à l'Hôtel-Dieu un séjour de deux ans environ, pendant lesquels son état nous est décrit dans la note suivante, que le Dr H. Mollière a eue l'extrême obligeance de rédiger pour nous.

« Le nommé Dep... est resté dans mon service pendant plus d'une année. A son entrée, il présentait des phénomènes nerveux d'une forme bien singulière. Ils consistaient en une série de déglutitions suivies d'éructations, produisant un bruit continu absolument semblable au roucoulement du pigeon, à tel point que lorsqu'il commençait à le faire entendre un essaim de ces oiseaux, attirés par cette sorte d'appau, venait se placer sur la corniche de la fenêtre qui avoisinait son lit.

« Ces spasmes bizarres se manifestaient surtout pendant la journée, parfois durant plusieurs heures de suite, et ils réapparaissaient la nuit lorsque le malade se réveillait.

« L'air dégluti dans l'inspiration était si rapidement rejeté qu'il ne s'emmagasinait pas dans l'estomac et qu'on ne constata jamais de tympanisme. Au bout de cinq à six mois le phénomène changea de caractère; l'éructation devint de plus en plus bruyante et se transforma en un cri aigu et strident, d'une telle violence qu'on fut obligé de placer le malade dans une chambre d'isolement. Au bout d'un même nombre de mois, nous vîmes ces spasmes diminuer d'intensité, puis disparaître enfin graduellement, sans que la thérapeutique ait joué, à notre avis, un rôle bien net dans cette guérison.

« Cependant nous n'étions pas demeuré inactif. Tout en surveillant très attentivement les voies respiratoires qui, sur certains points, nous paraissaient suspectes, nous avons soumis le malade aux douches froides pendant de longs mois, sans résultats bien évidents.

« Dans le but de rompre le spasme, comme disaient les anciens, nous avons fait introduire le tube de Faucher dans l'œsophage, sans amener aucune diminution dans les contractions. Le bromure fut employé également sans succès.

« A l'époque du Congrès de médecine, octobre 1894, le malade fut présenté aux professeurs de Cérenville (de Lausanne) et Revillod (de Genève), ils furent d'avis d'essayer les préparations de stry-

chine et d'hyoscyamine. Ni la forme, ni la violence des spasmes ne furent influencées, seule l'hydrothérapie a peut-être produit parfois un peu de sédation.

« A sa sortie de l'hôpital, le malade était pâle et affaibli. Il toussait fréquemment : l'expectoration, quelquefois abondante, était claire et spumeuse. Nous n'avons pas trouvé de râles dans les sommets, mais seulement un peu d'obscurité. Nous lui avons recommandé de venir de temps en temps se faire examiner et jusqu'à présent il ne nous semble pas qu'il soit devenu tuberculeux. »

Le malade avait quitté l'Hôtel-Dieu le 16 septembre 1895.

Depuis six mois nous-même nous avons vu Dep... à trois ou quatre reprises, dans le cabinet du Dr H. Mollière, à l'Hôtel-Dieu. Nous l'avons examiné une dernière fois le 25 octobre 1896 et nous avons constaté les phénomènes suivants. L'état général est stationnaire, assez bon ; un peu d'amaigrissement, légère dépression sus et sous-claviculaire, scapulæ, alatae ; depuis sa première entrée à l'hôpital, Dep... a un poids unique de 66 kilos. Il travaille régulièrement toute la semaine, sans fatigue. Bon appétit ; digestions bonnes, malgré un peu de pesanteur, de gonflement stomacal, après les repas, selles régulières.

Pendant toute l'année, le malade a toussé quelque peu, sans expectorer : la toux est un peu plus fréquente, le matin, depuis les froids que nous avons subis dernièrement ; mais pas de symptômes généraux, ni aucun trouble fonctionnel. Au sommet gauche, en arrière, nous avons trouvé une légère diminution de la sonorité, une faible augmentation des vibrations et l'obscurité respiratoire, en avant ces signes sont presque nuls. Au sommet droit, symptômes plus marqués, surtout en arrière : submatité nette, exagération des vibrations, inspiration et surtout expiration soufflantes ; celle-ci un peu prolongée, de très rares craquements après la toux, retentissement de la toux et de la voix ; sous la clavicule droite, mêmes signes un peu moins marqués.

Le malade présente toujours le phénomène de l'aérophagie ; les bruits que celui-ci détermine sont un peu sourds, voilés et exactement comparables, le plus souvent, au roucoulement de la tourterelle. Depuis le début, ce phénomène persiste, et se reproduit tous les jours ; tantôt on observe une déglutition isolée, qui se renouvelle à quelques minutes d'intervalles, tantôt il y a une série de trois ou quatre déglutitions successives, sans aucune interruption.

Le malade dit qu'actuellement le temps maximum qui sépare la production de deux déglutitions ne dépasse pas une heure. Assez souvent, la nuit, il se réveille brusquement, est très agité, et présente quelques déglutitions.

Chaque déglutition est immédiatement suivie d'une éructation, qui se prolonge un peu. Nous avons constaté plusieurs fois, aujourd'hui, la production de deux ou trois éructations ininterrompues à la suite d'un seul mouvement de déglutition.

Dans le cours de la conversation, le phénomène est moins fréquent. En plaçant un bouchon de liège entre les molaires de notre malade, nous avons vu rapidement, après une minute ou deux, plusieurs mouvements successifs d'ascension brusque du larynx avec des contractions brusques du pharynx et des piliers du voile du palais, le patient accuse une sensation d'étouffement, puis un mouvement de déglutition parvient à se produire.

Le malade ne suit pas, depuis sa sortie de l'hôpital, un traitement régulier.

OBSERVATION VI. — Aérophagie grave avec vomissements. — Rot à déclenchement.

(Observation publiée par MATHIEU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 9 mars 1901).

Le nommé B..., âgé de vingt-six ans, étameur, a fait quelques excès éthyliques de seize à vingt-trois ans; il buvait trois quarts de litre de vin par jour, cinq ou six petits verres et des apéritifs. La dyspepsie a commencé il y a trois ans, à vingt-trois ans, par de la constipation et des pituites. Le malade avait trois ou quatre vomissements pituiteux, œsophagiens, dans la journée. Un an plus tard apparurent les régurgitations. Le malade éprouvait du malaise stomacal quelque temps après le repas. Il provoquait alors des régurgitations qui le soulageaient. Pour cela, plus ou moins inconsciemment, ce point n'a pu être complètement élucidé, il gonflait son estomac en avalant de l'air et il pouvait alors amener, en l'expulsant, de véritables régurgitations qui duraient quelquefois tout l'après-midi. Bientôt, ce furent de véritables vomissements qui survenaient après le premier et le deuxième déjeuners, jamais après le repas du soir. Pendant quinze à seize mois, les vomissements se

sont produits tous les jours. Alors sont survenus de l'amaigrissement, de la fatigue, un état permanent d'inquiétude et de dépression.

Le malade entra à l'hôpital Andral en octobre 1899 ; il fut facile de provoquer chez lui le rot à déclenchement par la pression du creux épigastrique et du creux sus-sternal.

OBSERVATION VII. — Aérophagie. — Nervosisme. — Surmenage.
— Ptoses abdominales.

(Observation publiée par MATHIEU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* 4^{er} mars 1904).

M^{me} X..., âgée de cinquante-six ans, est d'un tempérament très nerveux. Son nervosisme a encore augmenté depuis la mort de son mari, survenue il y a quelques mois.

Elle se présente à la consultation le 15 décembre 1900.

Il y a six mois, à la suite d'une constipation rebelle, elle a eu des accidents très nets de colite muco-membraneuse : douleurs dans le ventre, mucosités dans les selles, quelquefois véritables membranes. Contre la constipation et la colite muco-membraneuse, on lui a conseillé l'usage de grands lavements. Elle les prend à une très forte pression, à l'aide d'un bock placé à deux mètres environ au-dessus du lit.

Ces lavements sont, du reste, mal supportés ; le litre est pris en deux fois. Après l'introduction d'un demi-litre, il devient impossible à la malade de faire pénétrer dans le rectum une quantité de liquide plus considérable. Elle rejette le demi-litre pris et en injecte ensuite une égale quantité qu'elle ne supporte pas mieux.

Depuis six semaines environ, les glaires et les peaux ont reparu avec une plus grande abondance ; quelques-unes d'entre elles sont blanchâtres, allongées, ressemblant à un ver solitaire.

La malade est constamment fatiguée, énervée, elle dort fort peu et mal. Elle éprouve à la gorge une sensation de resserrement qui l'empêche de s'alimenter.

Elle se plaint très vivement d'avoir des renvois gazeux en abondance qui surviennent par séries interminables et bruyantes quelque temps après les repas.

L'alimentation s'est restreinte de plus en plus, à cause de cette sensation de serrement à la gorge et des malaises qui suivent l'in-

gestion des aliments. La malade a beaucoup maigri. C'est à grand-peine qu'elle supporte les fatigues de sa profession : elle est maîtresse de piano.

A l'examen de l'abdomen, on trouve le ventre déprimé ; les parois abdominales sont très relâchées. Le foie présente un diamètre vertical de 8 centimètres sur la ligne mamelonnaire ; son bord inférieur est abaissé de trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

La palpation de la région antérieure de l'estomac provoque une sensation douloureuse sur toute son étendue. La pression, au niveau du point épigastrique, plus douloureuse encore, provoque une crise très nette d'aérophagie et de renvois bruyants.

On apprend alors que la malade s'est aperçue, il y a trois ans, en se frictionnant, qu'elle déterminait de semblables crises par la pression du creux épigastrique. Assez souvent aussi, depuis cette époque, les crises de renvois se sont produites spontanément, sans pression au creux épigastrique, surtout après les repas.

Par la pression à la base du cou, au-dessus de la fourchette sternale, on détermine des mouvements répétés de déglutition, mais sans aérophagie appréciable et sans renvois gazeux.

On s'efforce de rassurer la malade ; on lui affirme que ses malaises sont purement nerveux, qu'il n'y a aucune lésion organique, que leur exacerbation dans ces derniers temps est due surtout à l'insuffisance de son alimentation, à la fatigue de la station debout et de la marche en vertu de la ptose hépatique et du relâchement des parois abdominales. On lui démontre que les renvois gazeux dont elle se plaint tant sont la conséquence de l'aérophagie.

Comme traitement, on impose le repos au lit absolu pendant quinze jours. Les grands lavements seront pris à faible pression (20 à 50 centimètres) ; applications chaudes sur le ventre pendant vingt minutes, matin et soir, 3 ou 4 centigrammes espacés d'une solution de codéine additionnée d'eau de laurier-cerise. Comme alimentation : du lait, des potages au lait, des œufs, de la volaille bouillie, du poisson maigre, de la purée de pommes de terre, des biscottes anglaises.

La malade est revue le 21 janvier. Elle se déclare très améliorée. Elle a suivi strictement le traitement ordonné.

Les selles se sont produites spontanément et sont devenues régu-

lières dès que la malade se fut mise au lit et eut cessé l'emploi des lavements à forte pression.

Les matières fécales, qui étaient autrefois très minces, du volume du petit doigt, ont maintenant un diamètre normal, ce qui indique que le spasme intestinal s'est relâché.

Les douleurs dans le ventre ont disparu. Les renvois gazeux également. Toute cette amélioration s'est produite dès le troisième jour du séjour au lit.

Dès les premiers jours également, le sommeil est redevenu excellent. L'alimentation n'a pas été empêchée par le spasme de la gorge; la malade ne s'est pas pesée, mais il est évident qu'elle a repris de l'embonpoint.

Depuis une quinzaine de jours, elle a repris ses leçons et ses courses. Depuis cette époque, l'insomnie est revenue, des palpitations se sont montrées de nouveau.

L'examen de l'abdomen, vers cinq heures du soir, fait de nouveau constater l'abaissement du foie. On perçoit du clapotage stomacal jusqu'à l'ombilic, clapotage qu'on n'avait sans doute pas perçu au premier examen parce que la malade était à jeun.

OBSERVATION VIII. — Grande aérophagie volontaire. — Cas type.

(Observation publiée par SOUPAULT, *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*, 8 mars 1701.)

M. S..., âgé de quarante-deux ans, m'a été adressé par le Dr Picqué, qu'il était venu consulter pour une *dyspepsie flatulente* dont il est atteint depuis trois ans.

Cet homme n'a jamais eu de maladies générales graves. Il a contracté la syphilis à l'âge de vingt ans, mais n'a jamais eu dans la suite aucune complication de cette affection. Son état général est relativement satisfaisant. Cependant il a les traits tirés, et présente ce teint pâle si spécial aux malades atteints d'affections des voies digestives. De plus, il déclare avoir maigri de 20 kilogrammes depuis trois ans.

Nous avons recherché avec soin les tares névropathiques qu'on trouve fréquemment chez les dyspeptiques. Nous n'avons noté aucun stigmate ou signe d'hystérie, ni aucune tare névropathique bien caractérisée. Il existe bien quelques signes de fatigue nerveuse,

tels que brisement des membres, courbature généralisée, tendance aux vertiges, mais tous ces phénomènes sont à l'état d'ébauche et ne peuvent, sans grande exagération, être considérés comme des stigmates de neurasthénie. D'ailleurs l'état mental est parfait et le malade très bien équilibré.

La maladie d'estomac dont il se plaint a débuté il y a dix ans.

Nous n'avons retrouvé à son origine et comme capable de l'expliquer aucune raison bien plausible. Cependant le malade a fait quelques abus de boissons, et il a pris fréquemment, comme traitement de la syphilis, de l'iodure de potassium et des préparations mercurielles.

Au début, l'affection gastrique était de peu de gravité. Le malade ressentait pendant ses digestions des pesanteurs sans douleurs sérieuses, accompagnées de quelques renvois et de petites régurgitations. Et encore ces phénomènes dyspeptiques légers étaient-ils intermittents, provoqués le plus souvent soit par des repas trop copieux, soit par des fatigues physiques ou des préoccupations morales. Il y a trois ans, la maladie s'aggrava notablement, et cela avec une certaine brusquerie. A la suite d'une purgation un peu violente, le malade fut pris de douleurs plus vives avec gêne épigastrique, et dès ce moment apparut le syndrome flatulent qui, avec quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation, n'a pour ainsi dire jamais cessé, jusqu'à ce jour, de tourmenter le malade.

Voici quel est l'état qu'il présente actuellement.

Constamment il ressent dans la région épigastrique une pesanteur, une gêne très pénible, qui s'accroît notablement au moment des repas, mais sans présenter les caractères d'une douleur aiguë, crampe ou brûlure. Après l'ingestion alimentaire, l'estomac se ballonne un peu et il n'est pas rare que le malade ait quelques aigreurs. Le travail de la digestion s'accompagne encore de quelques palpitations de cœur, d'un peu de torpeur intellectuelle avec envies de dormir et bouffées de chaleur à la figure. Ce sont là les symptômes connus de la dyspepsie asthénique ou nervo-motrice. L'appétit est d'ailleurs assez bon et le malade, gros mangeur, se nourrit plus que suffisamment. Mais ce qui complique beaucoup cette affection gastrique, en somme assez légère, c'est le syndrome flatulent que nous allons maintenant décrire.

Les flatulences ont lieu à tout moment de la journée : le matin au réveil, dans la journée, soit avant les repas, soit après les repas, où

elles sont peut-être un peu plus fréquentes et un peu plus intenses, au moment du coucher, la nuit, si le sommeil est interrompu. En somme, il n'y a aucun moment d'élection pour leur production.

Les flatulences se produisent toujours par un procédé identique. D'abord, le malade ferme hermétiquement la bouche; puis, faisant une série de mouvements combinés des muscles de la bouche, du voile du palais et du pharynx, il aspire par les narines une abondante quantité d'air qu'il fait pénétrer dans son œsophage et dans son estomac par des mouvements de déglutition saccadés, s'accompagnant d'un bruit très spécial qu'on peut assez bien comparer à celui que produit la selle d'un cavalier. On voit ainsi se faire six à huit mouvements de déglutition consécutifs. A mesure que l'air pénètre dans l'œsophage et dans l'estomac, l'inspection de la région épigastrique permet de constater l'insufflation graduelle du viscère, qui est bientôt assez distendu pour qu'on puisse en dessiner facilement les contours sans recourir à la percussion. D'ailleurs celle-ci révèle une tympanite très intense et montre que l'estomac est notablement plus grand qu'à l'état de repos. Quoiqu'il en soit, après un certain nombre de déglutitions, le malade ouvre la bouche, l'estomac se contracte et une éructation sonore, très énergique, chasse une abondante quantité de gaz. On voit, à ce moment, la région épigastrique s'affaisser. Le malade est alors soulagé momentanément. Mais il n'est pas rare de le voir reproduire plusieurs fois de suite cette même manœuvre avant qu'il se sente dégagé, pour employer une expression qui lui est familière.

Il est facile de se rendre compte que l'air pénètre dans l'œsophage par un véritable mouvement de déglutition, qu'il s'agit en un mot d'aérophagie. En effet, si on examine la région laryngée, on voit le larynx s'élever chaque fois qu'on perçoit le bruit saccadé que nous avons signalé. De plus, si on ausculte l'œsophage au niveau de la colonne vertébrale et l'estomac au niveau de l'épigastre, on peut se rendre compte parfaitement bien de la progression du bol aérien. De même, si on empêche les mouvements de déglutition, soit en écartant les dents à l'aide d'un bouchon, soit en mettant obstacle à l'ascension du larynx, l'air ne pénètre pas dans l'estomac et l'éructation ne se produit pas.

Nous avons vu que le syndrome flatulent que nous venons de décrire se produit à tout moment de la journée, mais plus souvent encore pendant les périodes digestives. Il est en effet sollicité par

une sensation de pesanteur, de gêne à l'épigastre. La pression de certains points du corps, notamment la palpation de la région épigastrique, et la pression du cartilage thyroïde, en déterminent aussi fréquemment la production. Parfois, cette aérophagie se fait spontanément, à l'insu du malade, mais le plus souvent elle est produite volontairement par lui. Quoi qu'il en soit, que celle-ci ait lieu consciemment ou inconsciemment, on peut affirmer qu'elle est soumise à l'influence de la volonté. Le malade raconte fort bien qu'au début de sa maladie il avait quelque peine à produire des éructations; puis, peu à peu, l'habitude lui en est venue et les mouvements de déglutition aérienne, recherchés, étudiés pour ainsi dire au début, se sont faits ensuite spontanément, inconsciemment. Mais s'ils sont inconscients, ils ne sont pas pour cela involontaires; le malade peut les empêcher de se produire, il peut les arrêter quand ils sont commencés, enfin, il a la faculté de les produire à volonté, aussi souvent qu'on le lui demande.

C'est grâce à cette circonstance qu'il nous a été permis d'étudier le phénomène d'une façon approfondie et de faire quelques expériences sur la quantité de gaz introduite dans l'estomac et éructée ensuite et sur la composition de ces gaz.

La quantité de gaz ingérée et rendue à chaque éructation s'est montrée assez variable. Trois expériences de suite ont été faites.

Les gaz déglutis par le malade ont été éructés dans le pavillon d'une sonde de Faucher et recueillis dans une éprouvette sous la cuve à eau.

La première expérience a donné lieu à un dégagement de 430 centimètres cubes; la seconde à un dégagement de 620 centimètres cubes; une troisième à la production de 430 centimètres cubes. Ce volume de gaz, déjà très considérable, est sans doute inférieur à celui réellement rendu par le malade en raison des conditions de l'expérience, ne permettant pas l'ouverture large de la bouche et l'évacuation complète du viscère. Après chaque expérience, le malade, se trouvant incomplètement dégagé, faisait une nouvelle série de déglutitions et éructait abondamment pour se soulager tout à fait.

Quant à la composition des gaz éructés, la voici telle qu'elle résulte de l'analyse que M. Linossier a bien voulu en faire :

Oxygène.....	16,1
Acide carbonique.....	2,9
Azote.....	81

Nous allons revenir sur ces chiffres dans un instant (1).

Outre les phénomènes de dyspepsie stomacale, nous devons noter chez notre malade l'existence d'une constipation assez prononcée donnant lieu à la production de quelques muco-membranes. La langue est saburrale. Les urines sont claires, non albumineuses. Examinées par le procédé de Joulie, elles donnent les coefficients suivants :

Acidité, 3,49 au lieu de 4,50;

Phosphatie, 10,80 au lieu de 11,50.

Le cœur et le poumon ne présentent aucun trouble physique, ni fonctionnel.

Il nous reste à dire quelques mots de l'examen des organes abdominaux.

L'estomac ne nous a pas paru particulièrement sensible à la palpation. Il y a un peu de gêne à la pression du plexus coeliaque, mais c'est un phénomène extrêmement fréquent chez les dyspeptiques de toutes catégories. La percussion de l'estomac a été pratiquée après insufflation par la potion effervescente, manœuvre qui, soit dit en passant, n'a pas provoqué d'éruption. Le ventricule, ainsi examiné, s'est montré légèrement distendu, la grande courbure atteignant l'ombilic et dépassant très légèrement la ligne costo-ombilicale. La recherche du clapotage a été négative.

Le foie, le rein, la rate, l'intestin, ont été trouvés normaux.

Enfin, l'exploration par la sonde a donné les résultats suivants :

A jeun, on ne retire par le cathétérisme aucun liquide. Après lavage, l'eau ressort tout à fait propre et neutre.

Après un repas d'épreuve composé de pain blanc, 60 grammes, et eau distillée, 250 centimètres cubes, on obtient une bouillie alimentaire en quantité modérée, 65 centimètres cubes, d'aspect normal, sans trop de mucus.

Le liquide filtré donne les réactions suivantes :

Recherches qualitatives. — Le vert brillant et le Gunzbourg présentent à un faible degré les réactions de l'HCl. Il n'y a pas d'acide lactique. Les peptones sont en quantité normale.

(1) L'acide carbonique a été absorbé par la potasse, l'oxygène par l'acide pyrogallique : le volume de gaz restant a été considéré comme azote.

Recherches quantitatives. — L'acidité totale est de 1,63 p. 1000. Chlore total, 3,75 ; chlore fixe, 2,24 ; chlorhydrie, 1,31.

En somme, il y a une insuffisance assez marquée du suc gastrique telle qu'on l'observe souvent dans la dyspepsie asthénique ou nervo-motrice.

OBSERVATION IX. — **Aérophagie.** — **Neurasthénie.** — **Claustrophobie** (*inédite*).

(Due à l'obligeance du docteur SOUPAULT.)

M. R..., âgé de 40 ans, a toujours été depuis sa naissance sujet à des affections gastro-intestinales. Au collège, il se souvient d'avoir eu des maux d'estomac très douloureux qui lui occasionnaient de nombreux jours de congé.

Avec les années se surajoutèrent aux troubles dyspeptiques les troubles névropathiques, bizarrerie de caractère, ébauche d'agoraphobie, troubles neurasthéniques classiques (céphalée en casque, plaque sacrée, idées noires, inaptitude au travail, etc.).

Il y a, du reste, dans la famille, de nombreux cas de névropathie, tels qu'aliénation mentale chez un grand-père, chorée chez une sœur, tremblement chez un frère.

Les troubles dyspeptiques de l'enfance n'ont fait qu'augmenter et il présente des phénomènes de dyspepsie nervo-motrice, remarquables par leur bizarrerie, leur intermittence, leur apparition et leur disparition brusques.

Sa dyspepsie est du type asthénique (douleurs après le repas, dilatation gastrique, tendance au sommeil, bouffées de chaleur à la figure, palpitations de cœur, asthme dyspeptique).

Les phénomènes d'aérophagie sont apparus il y a 4 ou 5 ans et ont fait beaucoup de progrès depuis 2 ans. Ils présentent les caractères habituels de l'aérophagie volontaire inconsciente, mais encore cette particularité, c'est qu'ils sont essentiellement intermittents, et que les influences morales ont une énorme importance sur leur production.

En effet, pendant des périodes entières, l'aérophagie disparaît. Ordinairement ces rémissions remarquables coïncident avec les saisons d'été et d'automne, où il est à la campagne, sans souci, ni préoccupation. Au contraire, lorsqu'il réside à Paris et qu'il est

soumis aux obligations mondaines et aux autres tourments de toutes sortes de la vie ordinaire des villes, il a des crises plus ou moins fréquentes, souvent excessivement prononcées, d'aérophagie qui consistent en rejets de gaz se montrant dans les 2 ou 3 heures qui suivent ses repas.

En observant le malade, on voit qu'il va pour ainsi dire chercher ses gaz stomacaux, qu'il aide leur issue en avalant une grande quantité d'air qu'il rejette au fur et à mesure. En l'étudiant, on voit qu'il avale 2 ou 3 gorgées d'air pour les rejeter. Ce n'est donc pas un grand aérophagique et on ne trouve pas chez lui de distension stomacale.

Mais il y a chez lui une très remarquable influence de la claustrophobie ; car, dès qu'il est enfermé, dans un dîner en ville, dans une réunion d'amis ou de famille, en chemin de fer, en tramway, ses gaz sont beaucoup plus abondants, et constituent une véritable infirmité par la fréquence avec laquelle ils se renouvellent. Au contraire, lorsqu'il est libre de ses mouvements, qu'il ne se sent pas entouré ni surveillé, les gaz disparaissent comme par enchantement.

Il y a là un remarquable exemple de l'influence qu'exerce le moral sur l'aérophagie.

D'ailleurs, depuis qu'on lui a fait remarquer que les gaz étaient en réalité accrus par ce fait qu'il avalait de l'air, il va certainement beaucoup mieux et arrive à se corriger, quoique la dyspepsie persiste, tandis que l'aérophagie tend nettement à disparaître.

OBSERVATION X.— Aérophagie. Neurasthénie aiguë. — Vomissements (*inédite*).

(Due à l'obligeance du Dr SOUPAULT.)

M. L..., ancien capitaine, est, depuis de fort longues années, dyspeptique avec des phénomènes nerveux des plus bizarres, notamment des vomissements extrêmement abondants, et tels qu'il est difficile de s'expliquer comment il n'est pas mort depuis longtemps d'inanition.

Les troubles dyspeptiques sont tels qu'ils échappent à toute description par leur incohérence.

C'est de plus un neurasthénique très prononcé, tel qu'il est sur la frontière de la neurasthénie et de l'aliénation mentale.

L'aérophagie chez lui affecte un caractère tout à fait spécial. Elle est composée de 1 ou 2 éructations bien sonores qui suivent 2 ou 3 mouvements de déglutition bien faciles à observer. Infailliblement ces éructations entraînent des bouchées d'aliments que le malade crache dans un immense mouchoir.

Mais, ce qu'il y a de plus singulier chez lui, c'est la présence de points éructogènes tout à fait spéciaux.

En effet, le contact d'une main, la sienne ou une autre, sur le sommet de la tête donne immédiatement lieu à une musique invraisemblable. De même, il est très difficile de l'ausculter car il a un point éructogène dans les espaces intercostaux gauches. Le point épigastrique existe aussi.

Ces éructations durent depuis une vingtaine d'années et, quoique le malade ait été instruit de la façon dont se produit le phénomène, il a été impossible d'arriver, chez lui, à une amélioration. Il faut dire que c'est un neurasthénique très accentué, chez qui les efforts de volonté sont presque impossibles à obtenir.

D'ailleurs malgré les vomissements, la santé générale se maintient à peu près.

Quand le malade mange, il vomit à peu près la moitié de ses repas par des éructations qui se produisent en passant la main sur le vertex. Au contraire, SOUPAULT a obtenu un relèvement de la santé et une diminution des éructations et des vomissements par l'alimentation par la sonde.

OBSERVATION XI. — Petite aérophagie. — Guérison par l'influence de la volonté (*personnelle*).

(Recueillie dans le service du Dr SOUPAULT.)

M^{me} L. . . Réglée à 12 ans.

Les troubles gastriques datent de cette époque.

Au début elle souffrait par périodes à l'automne et au printemps. La douleur survenait 2 ou 4 heures environ après les repas.

Cette douleur siégeait à l'épigastre, et était extrêmement vive.

La maladie restait intermittente, les crises étant très espacées.

Puis les crises se sont aggravées et rapprochées.

Elles étaient caractérisées par de la douleur ; en outre à la fin des repas, il y avait de la flatulence et des renvois fréquents.

2 ou 3 heures après le repas, la crise se manifestait par des crampes d'estomac se terminant par des renvois et quelques régurgitations de liquide clair, ne contenant pas d'aliments.

Maintenant, la douleur persiste après les repas.

La malade dit que ses renvois gazeux sont plus fréquents : ils peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée, à jeun, après le repas, pendant le repas même.

Lorsque la malade souffre, lorsqu'elle a une pesanteur d'estomac, des crampes, elle fait inconsciemment 1 ou 2 mouvements de déglutition, et elle éructe.

Cette éructation est de quantité moyenne, entre 40 et 80 centimètres, mesurée à la cuve à eau.

Elles sont sans odeur, ni saveur : n'ont pas le goût des aliments. Examinée, cette éructation ne contient pas de H^2S et la malade ne lui trouve aucune saveur.

L'appétit est bon, mais la constipation est fréquente.

Comme type gastrique, cette malade est une dyspeptique hyperchlorhydrique :

Acidité.....	2.80
Ch. total.....	4.12
Ch. fixe.....	1.12

L'estomac est un peu dilaté.

Sur la remarque que ces éructations étaient provoquées par la malade et dépendaient de sa volonté, celle-ci résolut de s'observer ; nous avons revu cette malade : elle s'est guérie de son aérophagie, en très peu de temps, simplement par la volonté de ne plus déglutir l'air.

OBSERVATION XII. — Petite aérophagie. — Névropathie. —
Guérison par l'influence de la volonté (*personnelle*).

(Recueillie dans le service du Dr SOUPAULT.)

M^{me} X... est une nerveuse, agitée, avec manifestations névropathiques bizarres.

Ayant tantôt de la boulimie, tantôt au contraire de l'anorexie, tantôt des phénomènes hystériformes, tantôt des phénomènes neurasthéniques.

Elle avait quelquefois de l'agoraphobie.

Les douleurs sont fréquentes, variées, passagères ou tenaces.

La dyspepsie est une dyspepsie nerveuse asthénique.

Elle signalait avec insistance de continuels rejets de gaz : lorsqu'elle était seule, elle éructait, sitôt qu'elle avait une pesanteur d'estomac.

Lorsque quelqu'un était avec elle, elle se retenait d'éructer, mais avait alors des crampes et des douleurs ; sitôt seule, elle éructait plusieurs fois de suite.

Elle n'osait aller dîner en ville, car il fallait qu'elle éructât après ses repas, sans quoi elle était réellement malade.

Par l'observation, nous lui montrâmes le mécanisme de ces phénomènes : en huit jours, elle avait atténué notablement les rejets de gaz, et se guérit complètement en 3 semaines.

CONCLUSIONS

On peut isoler, dans le chaos des dyspepsies flatulentes, un type clinique, qui est dû à la déglutition d'air atmosphérique, suivie du rejet plus ou moins rapide de cet air. C'est une manie, un véritable tic qui, comme l'a fait BOUVERET, peut être désigné sous le nom de *tic aérophagique*.

Il peut se rencontrer chez les hystériques, les neurasthéniques, les simples névropathes.

Tantôt il coïncide avec des troubles dyspeptiques, tantôt il est à l'état isolé.

Le tic aérophagique peut être tout à fait involontaire, il échappe alors à tout contrôle et les malades n'ont aucune possibilité de le provoquer, ni de l'arrêter. C'est le tic aérophagique hystérique.

Tantôt il est volontaire : pendant un certain temps, les malades font le geste inconsciemment, mais quand on leur fait observer le mécanisme du symptôme, ils se rendent très bien compte de la déglutition d'air, peuvent la provoquer à volonté et avec un peu d'habitude et de persévérance arrivent aussi à s'en corriger.

Le traitement, dans le premier cas, est donné au hasard, tandis que, dans le second, les malades instruits et entraînés peuvent arriver à se corriger de leur infirmité.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

Vu : *Le Président de Thèse,*
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Déglutition de l'air atmosphérique. *Lyon médical*, 1891.
- BOUVERET. — Spasmes cloniques du pharynx (aérophagie hystérique). *Revue de Médecine*, 10 fév. 1891.
- Formes sévères de l'aérophagie nerveuse. *Lyon médical*, 1901, n° 10.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie. 1859.
- DEGUY. — Etude clinique de l'aérophagie. *Journal des praticiens*, 22 et 29 juin 1901.
- DÉJARDIN. — Gaz intestinaux. Th. Paris, 1814.
- DENIAU. — Hystérie gastrique. Th. Paris, 1883.
- EICHORST. — Traité de Pathologie interne. Trad. française, 1889.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie. 1895.
- HAYEM. — *Journal des praticiens*, n° 32, 1898, et Traité de médecine de P. BROUARDEL et GILBERT. Paris, 1897. Tome IV.
- LEMOINE et LINOSSIER. — Du mérycisme. *Revue de Médecine*, 1894, 10 mars.
- LEVEN. — *Gaz. hebd.*, 1877.
- LYONNET et VINCENS. — De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent. *Lyon médical*, n° 6, 10 fév. 1901.
- MAGENDIE. — De la déglutition de l'air atmosphérique. 1815.
- MATHIEU ET FOLLET. — Etude sur l'aérophagie. Forme flatulente aérophagique. Rot en salve. Rot à déclenchement. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 1^{er} mars.
- OBICI. — Association de diverses formes dégénératives ; éructations hystériques 1895.
- PIORRY. — Gaz contenus dans les cavités abdominales et ponctions du ventre. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, nov. 1871.
- PITRES. — Traité de l'hystérie, 1891. — Les éructations hystériques. *Progrès médical*, 12 janvier 1895.
- RAYMOND et JANET. — Hocquets et rots hystériques. *Journal des praticiens*, n° 38, 1898.

SOUPAULT. — Quelques observations sur l'aérophagie et la dyspepsie flatulente. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 7 mars 1901.

VAUTHEY. — Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique. Thèse, Lyon, 1896.

VILLIÈME. — Les dyspepsies dites essentielles. 1868.

VINCENS. — De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent. Thèse, Lyon, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique	10
CHAPITRE II. — Étiologie	14
CHAPITRE III. — Pathogénie. — Mécanisme	17
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	25
CHAPITRE V. — Diagnostic	35
CHAPITRE VI. — Traitement	38
CHAPITRE VII. — Observations	41
CONCLUSIONS.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	76

